. NIEPPE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMYOMES DU VAGIN

LILLE
Vve MASSON, Éditeur, 40, rue Faidherbe

1904

NIEPPE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMYOMES DU VAGIN

LILLE
Vve MASSON, Éditeur, 40, rue Faidherbe

1904

A mon Père

—

A ma Mère

—

A ma chère Sœur

—

A mon Beau-Frère

—

A la mémoire du Général BOCQUET

—

A mon Parrain

—

A mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur DUBAR

Professeur de Clinique chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

et de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

—

A tous mes Maitres de la Faculté

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Université de Lille, c'est un devoir et un plaisir pour nous de rendre hommage aux différents maîtres de la Faculté qui nous ont instruit dans la science de la médecine.

Nos remerciements vont tout d'abord à M. le professeur Dubar, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et auprès de qui, durant une année, nous avons acquis les meilleures notions de chirurgie pratique. Nous gardons de notre temps passé dans son service le meilleur souvenir et lui en aurons toujours une vive reconnaissance.

M. le professeur Charmeil nous a instruit dans la pratique si intéressante de la dermato-syphiligraphie ; nous le remercions vivement de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

M. le professeur Baudry, dont la sympathie à notre égard n'a pas fait un seul instant défaut, a droit également à notre reconnaissance, car il nous a enseigné, de façon délicate, les différents problèmes de la clinique ophtalmologique.

Nous regrettons de n'avoir pu rester plus longtemps comme externe dans les services de M. le professeur Carlier et de M. le professeur Lemoine, mais les quelques mois que nous y sommes demeuré sont pour eux un titre à notre gratitude ; nous les remercions également, de façon sincère, de leur bon enseignement.

Nous remercions sincèrement M. le docteur Potel qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail.

Quant à tous nos camarades d'études et en particulier les docteurs Natier et Taniel, dont la franche amitié nous aura fait passer les plus belles années de notre jeunesse, nous ne leur ferons pas de phrase ; les paroles passent, mais le souvenir reste.

HISTORIQUE

Les tumeurs fibreuses, myomateuses et fibro-myomateuses de la cavité vaginale sont une affection relativement rare. Assez peu étudiée en France, elle fit, par contre, à l'étranger, l'objet d'intéressantes et d'assez nombreuses recherches.

La première esquisse qui en fut faite appartient à Neugebauer *(Prager Viertel,* 1877) et cette étude fut ensuite reprise par Kleinwachter (*Zeit. f. Heil. Prager III)* qui parvint à en réunir d'assez nombreuses observations.

En 1884, Rocheblave, sous la direction de M. le professeur agrégé Tédenat, en fit l'objet de sa thèse inaugurale *(Contribution à l'étude des fibromes, noyaux et fibro-myomes du vagin).*

En 1885, Braun, à Vienne, dans le *Wien. Medical Woch;* en 1806, Parker, dans le *Virg. med. Monch.;* en 1887, Fraenkel, dans le *Breslauerärztl Zeit.;* en 1888, Hastenpflug, à Iéna, en faisaient le sujet d'études bien documentées.

Le nombre des auteurs qui se sont occupés de cette question est assez considérable et nous ne pouvons les citer tous dans ce court exposé

historique. Citons néanmoins, comme plus intéressants et dans l'ordre chronologique, les travaux de Bacher *(Budapesti kir owos*, 1893), Wernitz *(Centr. f. Gyn.*, 1894), Schramm *(Centr. f. Gyn.*, 1895), Hume *(Lancet London,* 1895), d'Emmert qui en publia une dizaine d'observations dans le *Journ. of. Americ. med. Associat.,* 1897, et dernièrement, de Smith qui, par les cinquante cas qu'il recueille dans les diverses littératures et qu'il ajoute à ceux qui ont déjà été réunis, en fait une très intéressante description d'ensemble dans l'*Amer. Journ. obst.*, 1902.

Mais l'énumération des auteurs qui se sont occupés de cette question, est, comme nous l'avons dit, trop longue à faire ici ; pour s'en faire une idée approximative, il suffira de se reporter à l'Index bibliographique placé à la fin de notre thèse, et où sont consignées plus de cent trente indications.

Cependant, il nous faut citer particulièrement l'étude, très intéressante, de M. le Dr Potel, dans la *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale* de 1903, lequel a bien voulu nous donner l'idée de ce travail.

M. le professeur Dubar, dans son service de l'Hôpital de la Charité, en ayant observé deux cas, a bien voulu nous en donner connaissance et nous sommes heureux de publier ici ses deux observations.

ÉTIOLOGIE

Après toutes les recherches qui ont été faites jusqu'ici, l'étiologie véritable des fibro-myomes du vagin est encore assez obscure. Les causes qui ont été rendues le plus souvent responsables de cette affection sont la multiparité, le coït, et surtout le développement de cette tumeur consécutivement à une tumeur existant dans un autre organe et principalement dans l'utérus.

Envisageons successivement ces diverses hypothèses.

D'abord, voyons si la multiparité à elle seule est suffisante pour expliquer la production de cette tumeur. La lecture seule des observations que nous avons recueillies et que nous publions, nous montre déjà que si cette tumeur a été observée le plus souvent chez des femmes qui ont eu des enfants, il n'en est pas moins vrai qu'elle a été également observée chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfants, et même chez des nouveaux-nés. D'un autre côté, si nous nous reportons aux phénomènes anato-

miques qui se passent du côté du vagin au moment de la grossesse, nous y constatons des modifications de sa structure et de sa configuration, lesquelles consistent en un ramollissement qui a également lieu au niveau du col utérin et en une hypertrophie qui s'exerce aussi bien sur la couche musculaire que sur la muqueuse et les vaisseaux du vagin. Nous comprendrons facilement qu'un fibrome préexistant puisse participer à ces phénomènes anatomiques durant la gestation, puisse par conséquent se ramollir d'abord et s'hypertrophier ensuite, mais nous ne pouvons expliquer par ces deux faits la production et la cause même de ces tumeurs. Si nous examinons ensuite la seconde cause qui a été mise en ligne de compte, nous nous apercevons également que l'action du coït ne nous fournit guère de meilleurs arguments. Nous citerons d'abord les observations de Jackson, Kleimwachler et Greene, concernant des malades qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels, celles de Tratze, Wilson, Martin sur des enfants, celle de Guersant sur une petite fille âgée de 13 mois à peine. D'un autre côté, l'on comprendra difficilement qu'une muqueuse aussi résistante et aussi élastique que la muqueuse vaginale puisse, par sa simple congestion même très fréquente, être le point de départ d'une tumeur de telle nature. Nous n'insisterons pas non plus sur les divers traumatismes qui peuvent accompagner cet acte ; il se conçoit aisément que ces causes seules ne peuvent être invoquées.

De nombreux auteurs ont signalé la blennorragie comme cause prédisposant à la formation des kystes du vagin, blennorragie qui, se rencontrant chez des femmes dont le vagin subit de fréquents traumatismes, paraît rentrer dans l'hypothèse de la bourse muqueuse professionnelle, comme disait Coutry. La vaginite peut provoquer la formation de kystes, comme cela se voit nettement pour les prétendus kystes d'origine glandulaire. D'autre part, l'inflammation de la muqueuse vaginale peut provoquer l'adhésion des replis de cette muqueuse et constitue ainsi une cavité dans laquelle la formation du kyste deviendra facile. Mais si cette hypothèse paraît acceptable pour ce qui est des kystes même, elle ne peut nous satisfaire complètement pour expliquer la production des fibromyomes dont la composition anatomique est différente et implique l'idée d'une véritable néoformation.

Envisageons maintenant notre troisième hypothèse, celle d'une tumeur secondaire à une tumeur utérine ou mieux coexistant avec celle-ci. Nous citerons tout d'abord les observations de Kim'sch, Schrœder et Pillore, dans lesquelles il est question de tumeurs à la fois utérine et vaginale, puis celle de Virchow qui a observé un fibrome du vagin de la grosseur d'une petite noix, auprès duquel on trouvait un fibro-myome de l'utérus.

Voyons maintenant ce que nous donnent les faits anatomiques et, à cet effet, citons les faits relatés par Pozzi dans son *Traité de Gynécologie* : « Les

corps fibreux de la portion sus-vaginale du col, qui naissent à la surface de cette région, se trouvent d'emblée dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau des interstices nombreux où ils peuvent glisser et se développer, tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent ; ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en contact avec la paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Ils débordent souvent sur les côtés entre les feuillets des ligaments larges qu'ils dédoublent. Ils peuvent même dépasser cette région et cheminer entre la vessie et l'utérus ». D'autres tumeurs se montrent très près du museau de tanche, conservant même parfois un prolongement fibreux qui les relie au corps de l'utérus. L'on comprend facilement que par la tendance qu'a chaque fibrome à s'énucléer, il puisse y avoir pédiculisation et énucléation d'une tumeur d'abord utérine vers la cavité vaginale.

Si nous nous reportons maintenant aux données que nous fournit l'embryologie, nous savons que l'utérus et le vagîn sont dérivés tous deux d'un même organe : le canal de Muller ; dans la suite, tous deux se différencient pour se prêter aux fonctions qu'ils doivent particulièrement remplir. Ne pourrait-on expliquer par cette origine commune une facilité particulière pour les tumeurs utérines de proliférer dans le vagin, ou n'y aurait-il là qu'une simple coïncidence. Ceci n'est qu'une pure

hypothèse, nous tenions néanmoins à indiquer ce fait en passant.

Comme on le voit, l'étiologie du fibro-myome du vagin est encore bien obscure, et s'il est vrai que l'on puisse attribuer une origine certaine à un grand nombre d'entre elles, il n'en est pas moins vrai que nous nous trouvons aussi très souvent en face de tumeurs autochtones qui ne peuvent être rattachées à aucune des causes que nous avons énumérées.

ÉVOLUTION

Dans la grande majorité des cas, le développement des fibro-myomes du vagin se fait avec lenteur, il est impossible, cependant, de fixer les limites exactes de cette évolution, car la plupart du temps, le début passe complètement inaperçu, la malade porteur de la tumeur, ne venant généralement consulter son médecin que lorsque celle-ci, par son volume, a amené des troubles objectif et subjectif assez accusés. Dans nn grand nombre des observations qui ont été recueillies, il y avait déjà deux ou trois ans que la malade ressentait des troubles plus ou moins vagues de ses fonctions génitale et urinaire.

Les modifications apportées par le temps dans l'accroissement de ces tumeurs sont assez variables. Le terrain, en effet, sur lequel elles évoluent et certaines causes adjuvantes, telles qu'une grossesse par exemple, ou une affection intercurrente peuvent changer notablement le développement et l'évolution de celle-ci.

Jacobs a observé une tumeur qui était, quand il

la vit pour la première fois, grosse comme un œuf de pigeon et qui, environ cinq années plus tard, avait acquis le volume d'une tête d'enfant.

Grave rapporte le cas d'une malade chez laquelle la tumeur, qui évoluait depuis dix ans, se présenta à l'orifice vulvaire avec le simple volume d'un œuf de poule.

Mais cette lenteur dans l'accroissement de cette tumeur n'est pas une règle générale et parfois elle peut évoluer beaucoup plus rapidement.

Gremler cite le cas d'une malade chez laquelle une tumeur insignifiante jusqu'alors aurait acquis un volume considérable sous la simple influence de de la grossesse.

Godefrey cite également le cas d'une tumeur qui après deux ans d'état stationnaire avait acqnis tout d'un coup une proportion considérable mais peut-être ici y avait-il encore une cause adjuvante que nous ne connaissons pas.

L'âge ne parait pas sans influence sur le développement de cette tumeur et, bien que nous ayons des cas cités dans les trois premières années, bien que Grave eut extirpé une de ces tumeurs à une fille de 51 ans, elles ont été observées en plus grand nombre pendant la période d'activité des organes sexuels de l'âge de la puberté à celui de la ménopause. Dans cette période, c'est entre 30 et 40 ans qu'elles paraissent le plus fréquentes.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des fibromyomes du vagin ne peut être définie d'une manière certaine. Elle varie en effet et se présente de façon différente, suivant qu'on envisage des tumeurs plus ou moins volumineuses, suivant la région exacte où elles sont situées, suivant aussi le terrain sur lequel elles évoluent.

Dans la plupart des cas, le début est insidieux et a passé complètement inaperçu. Ce n'est guère que par hasard et en examinant attentivement la malade pour une cause quelconque, étrangère même à cette affection, que l'on a pu découvrir cette tumeur au moment où elle commençait à évoluer. Paquet, par exemple *(Bull. méd. du Nord, 1882)*, en fit la découverte chez une malade de Douai, auprès de laquelle il avait été appelé pour une fausse couche, et qui n'avait jamais présenté de particularités du côté de son appareil génital. Guersant *(Moniteur des Hôpitaux, 1854)* rapporte le cas d'une enfant de 13 mois qui, n'ayant jamais été malade, fut prise tout d'un coup de vomissements répétés et qui, par leur

fréquence, décidèrent les parents à l'amener à sa consultation ; il constata alors l'existence d'une tumeur qui siégeait à l'orifice vulvaire et qui prit, en une semaine, un accroissement rapide. Une malade de Demarquay *(Gazette des Hôpitaux, 1860)* s'aperçoit en essuyant les dernières gouttes d'urine dont était souillée sa vulve, d'une petite tumeur siégeant à l'entrée du vagin. Il serait trop long et fastidieux d'énumérer tous les cas connus dans lesquels la tumeur fut découverte fortuitement ; aussi, n'insisterons nous pas davantage, après avoir signalé en passant l'influence de la grossesse sur cette découverte.

Mais lorsque la tumeur a commencé à se développer et continue à évoluer de façon plus ou moins rapide, nous nous trouvons en face de véritables symptômes, différents comme nous l'avons dit, suivant les différentes phases de cette évolution, et qui fixent alors, d'une façon certaine, l'attention de la malade et de son médecin du côté de l'appareil génital.

Tout d'abord il s'agit d'une sensation de douleur plus ou moins vive dans cette région. Cette sensation est très variable et peut aller par exemple, de la simple gêne, du simple tiraillement de la pesanteur jusqu'à la souffrance la plus vive. Chez la malade de Demarquay, la tumeur ne révèle sa présence que par une certaine gêne qu'elle éprouve dans le coït, sans causer jamais, du reste, la moindre sensation douloureuse. La malade de Castelain *(Bulletin*

médical du Nord de la France, 1861) ressent des tiraillements douloureux dans la région lombaire et hypogastrique. Dans l'observation de Espezel, la malade âgée de 40 ans, éprouve aux reins et à la région hypogastrique, de légères douleurs qui n'attirèrent sérieusement l'attention qu'au bout de quatre années, par une recrudescence et une violence inopinée. M. Tédenat, de son côté, a observé une tumeur irritable du volume d'une noix, rendant le coït très douloureux : la moindre pression avec le doigt sur la tumeur amenait des cris et des attaques nerveuses très accentuées. Mais les cas de ce genre sont fort rares et l'on peut dire que, le plus souvent, ces tumeurs sont assez peu douloureuses, à condition toutefois que leur volume ne soit pas exagéré.

Le second symptôme important qui mérite de fixer notre attention est l'écoulement de sang par les organes génitaux. Nous retrouvons, en effet, ici, comme cela arrive pour le fibrome de l'utérus, la fluxion vasculaire que la tumeur entretient sur la muqueuse du vagin comme un véritable corps étranger et une altération de cette muqueuse semblable à celle qui produit l'endométrite hémorrhagique. Ce second symptôme est également très variable et les hémorrhagies peuvent être plus ou moins abondantes. Pour ce qui est de la durée des règles, l'on a observé que, la plupart du temps, celles-ci n'étaient pas augmentées. Beigel (Obs. XXXV) cependant cite un cas dans lequel la tumeur, qui avait le volume d'une grosse pomme, avait trahi sa

présence par un écoulement menstruel plus abondant que de coutume. Quant aux métrorrhagies, elles sont très fréquentes. Elles peuvent n'occasionner que des troubles légers, mais parfois elles deviennent abondantes (malade de Smith), réclamant une intervention immédiate.

Parfois, l'hémorrhagie ne se fait pas à l'extérieur, témoin la malade de Van Hassel *(Bulletin de la Société belge de Gyn.,* 1900) chez laquelle, après opération, le creux ischio-rectal étant vide, formait une vaste poche sillonnée d'un réseau de veines variqueuses, et dont toute la surface était le siège d'une hémorrhagie en nappe assez abondante. Cet écoulement d'ailleurs n'est pas toujours franchement hémorrhagique, et souvent l'on a affaire à un écoulement séro-sanguinolent, voire même séro-purulent, ces tumeurs jouant, comme nous l'avons dit, le rôle de véritables corps étrangers. Ajoutons néanmoins que ce fait ne se produit que lorsque la tumeur s'œdématie ou se sphacèle.

Un autre ordre de troubles que nous devons maintenant envisager dans la symptomatologie des fibro-myomes du vagin est celui qui a rapport aux fonctions de l'urination. En effet, chez presque tous les malades, nous remarquons des troubles de la miction plus ou moins accentués, suivant la situation et le volume de la tumeur. Certaines malades n'éprouvent qu'une certaine difficulté à uriner, lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse et n'obture pas complètement le conduit urinaire.

Lorsque la tumeur est plus volumineuse, les malades sont obligées de contracter violemment leur sphincter vésical pour forcer l'obstacle qui empêche le libre écoulement de leur urine au dehors. Hume cite le cas d'une malade chez qui le cathétérisme était devenu si difficile que l'on dut pratiquer la ponction de la vessie. D'autres fois, il peut y avoir rétrécissement du canal de l'urèthre (malade de Collardot, 1881, n° 57), canal rétréci à 2 centimètres du méat par une tumeur intermédiaire entre le vagin et l'urèthre. Rocheblave (Obs. XXXVII) cite le cas d'une enfant de 2 ans 1/2 qui a des douleurs dans le ventre et crie en urinant ; pendant une de ses mictions une tumeur de la grosseur d'une orange, fixée à la paroi postérieure du vagin, sortit de la vulve.

Quant aux troubles de la défécation, ils existent également, la tumeur pouvant amener, par sa situation, la compression du rectum ; mais ce symptôme est beaucoup moins fréquent et aussi moins important que le précédent, n'ayant presque jamais d'ailleurs réclamé d'intervention spéciale.

Envisageons maintenant les fonctions génitales et reproductrices mêmes ; voyons quelles sont les modifications apportées dans ces différents actes. Le coït, tout d'abord, peut être gêné par le développement de cette tumeur et l'on conçoit qu'il ait pu parfois être complètement empêché par le volume de celle-ci. Il peut même être rendu, comme chez la malade de Tédenat, très douloureux, par une irritation particulière de la muqueuse vaginale qui la

recouvre; mais le plus souvent, durant cet acte, il n'y a que gêne, la douleur étant beaucoup plus rare.

Si le rapprochement est, dans certains cas, difficile à s'effectuer, il s'ensuit naturellement que la conception se fait aussi, dans ces cas, beaucoup plus rare. Et ici encore, nous retrouvons tous les degrés de variabilité suivant le volume, et aussi le point d'implantation de la tumeur.

Cependant la grossesse est assez fréquente, et dans environ une douzaine de cas, les accoucheurs ont considéré le fibrome comme une véritable complication du travail.

Dans le chapitre consacré à l'étiologie, nous avons dit ce que nous pensions des rapports du fibrome et de la grossesse. Que celle-ci donne un coup de fouet à l'évolution de cette tumeur, cela s'explique facilement par les phénomènes anatomiques qui se produisent à ce moment; mais, quant à en faire sa cause même, cela nous paraît bien hypothétique, vu le peu de certitude que nous possédons au sujet de l'étiologie véritable de toutes les tumeurs, aussi bien bénignes que malignes.

Quant aux effets que les fibromes peuvent avoir sur la grossesse, ils peuvent parfois être véritablement désastreux. Le fibro-myome du vagin participe en effet au ramollissement de la région vulvo-vaginale de la tumeur. Il se produit assez souvent alors un œdème consécutif qui peut entraîner facilement une véritable gangrène de la tumeur. Cette gangrène, lorsqu'elle se produit, est le point de départ de

phénomènes infectieux et septiques pouvant amener rapidement la mort même du fœtus. Porro, Mac Clintock, Van Dœveren et Pillore ont cité de ce fait de très intéressantes observations. La malade de Pillore était une femme d'une quarantaine d'années, ayant déjà eu des accouchements normaux, chez qui une tumeur longue d'environ trente centimètres et insérée à la paroi antérieure du vagin empêchait formellement un accouchement ultérieur. Après que l'on fut intervenu, en extériorisant cette tumeur, l'accouchement put se faire, mais le fœtus était déjà putréfié. La femme mourut quelques jours après. Chez la malade de Van Dœveren, le travail durait depuis une journée entière, ayant amené une hémorragie incessante. Il y avait une tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme, qui remplissait complètement la cavité vaginale et dont le pédicule était inséré à la paroi antérieure. La tumeur ayant été enlevée, l'accouchement put se faire, mais l'enfant était également mort et même fortement macéré; néanmoins cette malade guérit. Chez la malade de Porro (tumeur à pédicule inséré sur la paroi antérieure du vagin) le fœtus était également mort, pesant 1 kilogr. 240 gr. Mais ces cas graves sont pour ainsi dire exceptionnels, et pour qu'ils se produisent, il faut que la tumeur ait déjà subi de graves transformations. La plupart du temps, quand il n'y a pas eu gangrène de celle-ci, la grossesse et l'accouchement se font de façon normale, pourvu, cependant, qu'un volume exagéré ou une situation

juxta-utérine, dans les cas extrêmes, n'en vienne entraver la marche.

La présence de tumeurs volumineuses exerçant une compression assez violente sur l'utérus est suffisante pour empêcher l'accommodation du fœtus ; aussi peut-on observer plus fréquemment des présentations autres que celles du sommet. Le fœtus, par suite de non accommodation peut même conserver une mobilité assez grande qui facilite ces mutations de présentation au cours de la grossesse et même au début du travail.

Quant au travail, il peut être directement influencé par la présence du fibrome. La plupart du temps, quand la tumeur n'est pas trop volumineuse, lorsqu'elle est pédiculée, ou lorsque, sessile elle n'est pas trop rapprochée de la cavité utérine, l'accouchement se fait assez facilement, la tumeur se déplaçant sans difficulté et pouvant même présenter des phénomènes d'assouplissement et de réduction ; mais parfois ce n'est qu'au prix d'une opération mutilatrice qu'on a pu extraire le fœtus. L'accouchement peut même être impossible par les voies naturelles et il y a nécessité de pratiquer l'opération césarienne (cas de Pillore), qui dut pratiquer celle-ci pour une tumeur qui obstruait complètement l'entrée de la cavité utérine et qui était tellement volumineuse et adhérente qu'elle n'avait pu être extraite par la voie vaginale. Citons enfin le cas de Virchow, dans lequel une tumeur grosse comme deux poings, étant située à la partie posté-

rieure du vagin, les manœuvres employées pour extraire le fœtus amenèrent une rupture du vagin et une fracture de la branche descendante du pubis.

Si nous examinons maintenant une femme chez laquelle s'est développé cette tumeur, celle-ci se présentera à nous de façon différente suivant sa forme d'abord et ensuite selon son degré de développement. Lorsque la tumeur est pédiculée, elle peut, lorsqu'elle s'est notablement accrue, apparaître à la vulve et même, prolaber, au dehors; mais souvent elle reste contenue dans l'intérieur du vagin et c'est seulement par l'examen direct qu'on la reconnaît. Sa coloration est généralement celle de la muqueuse vaginale même ; mais lorsque les phénomènes de sphacèle que nous avons indiqués se produisent, cette coloration subit également des transformations. La muqueuse s'édœmatie et s'épaissit, des ulcérations se produisent et on a alors un véritable épanchement de liquide séreux et sanguinolent. Quand la tumeur est petite, elle reste toujours contenue dans la cavité vaginale et ne prolabe jamais au dehors. A l'aide du spéculum, on se rend compte facilement de sa situation et de son volume. Quant au toucher, il ne fournit que des renseignements assez incomplets, car souvent la tumeur est assez volumineuse pour qu'on n'en puisse aisément en faire le tour et délimiter ainsi son volume et sa situation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, nous envisagerons successivement l'anatomie macroscopique et la constitution histologique des fibromyomes du vagin.

1° *Anatomie macroscopique.*

a) Tout d'abord, nous pouvons dire que la grosseur des tumeurs dont nous nous occupons est extrêmement variable. Il en a été observé qui avaient à peine le volume d'une grosse noix, de même que l'on en a rencontré qui arrivaient à peser environ cinq kilogrammes. Mais encore ces limites ne sont-elles pas précises, car de même que l'on a rarement observé le fibromyome au début même de son évolution, l'on n'a pu davantage lui fixer une limite exacte dans la mesure de son accroissement. La plupart du temps, la tumeur a un volume variant entre celui d'un œuf d'oie à celui d'un fœtus de six mois.

Voici d'ailleurs quelques chiffres :

Greene (obs. 31). — Tumeur : vol., œuf de poule (malade de 37 ans) ; 14 ans après, néoplasme : tête de nouveau-né.

Baudin. — Tumeur : 10 l. 1/2.
Gremler. — Tumeur : 10 l. 75.
Pillon. — Tumeur : 30 centimètres de long, 24 de large, 16 de haut.
Mac Clintock. — Volume : petit œuf de poule.
Van Dœverin. — Tête de nouveau-né.
Castelain. — Malade de 52 ans. Tumeur longue de 4 centimètres, large de 3 1/2 à sa base.
Beatty. — Tumeur si large que l'on ne pouvait en délimiter les contours avec le doigt.
Mme Kascherawora. — Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, retenue par un pédicule assez large.
Condamin. — Malade de 33 ans. Tumeur du volume d'une noisette.
Collardot. — Malade de 42 ans. Tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon.
Guersant *(Moniteur des Hôpitaux)*. — Malade de 13 mois. Tumeur de la grosseur d'une aveline.
Demarquay. — Gros œuf de poule.
Etc.

b) Le point d'implantation de ces tumeurs est également assez variable et l'on peut en rencontrer dans n'importe quelle région de la cavité vaginale. Les tumeurs implantées sur la paroi antérieure du vagin sont les plus fréquentes, mais on les rencontre aussi sur les autres parois, latérales ou postérieure. A cette occasion l'on est en droit de se demander pourquoi cette localisation de préférence

sur la paroi antérieure du vagin. Il nous paraît incontestable que par sa situation et sa disposition anatomique cette paroi antérieure est plus exposée aux traumatismes de différentes sortes, et peut-être y aurait-il là une sorte de *locus minoris resistantiae* qui pourrait être invoqué dans l'étiologie de ces tumeurs.

c) Dans l'immense majorité des cas, le fibromyome du vagin est une tumeur unique; il est très rare que plusieurs de ces tumeurs existent en même temps dans le vagin. Il nous faut citer cependant les observations de Jakobs dans lesquelles il y avait deux tumeurs dont l'une ne devint véritablement visible que lorsque l'autre eut été enlevée, et de Tédenat qui, lui, dit avoir constaté trois tumeurs différentes. Olenin dit avoir enlevé à une malade environ seize fibromes, sessiles et pédiculés.

M. Castelain, aidé de M. Testelin, fit la découverte d'une seconde tumeur en examinant un malade qu'il avait opéré trois jours auparavant (tumeur du volume d'un gros pois, d'un gris jaunâtre, n'ayant jusqu'alors donné lieu à aucun symptôme ni à aucun accident; nous ne doutons pas, dit-il, qu'elle ne soit de même nature que celle qui avait déjà été enlevée). Mais ces faits sont l'exception et la coexistence de plusieurs de ces tumeurs dans la cavité vaginale est certainement très rare (8 cas sur 120 observations) contrairement à ce qui se passe dans l'utérus où ces tumeurs sont assez souvent multiples (on a rencontré jusqu'à 60 fibromes

de l'utérus et même davantage chez une même malade).

Dans le cas qui nous occupe, il faudrait encore prouver que les tumeurs observées aient été complètement séparées et différentes l'une de l'autre.

d) Quant à leur forme, les fibro-myomes du vagin sont soit sessiles, soit pédiculés. La plupart de ces tumeurs sont pédiculées. Le pédicule peut être plus ou moins allongé ; dans ses deux formes extrêmes il peut être d'abord tellement court qu'il fasse prendre cette tumeur pour une tumeur sessile ; d'autres fois, sa longueur est suffisante pour permettre à la tumeur de prolaber au dehors. Ce pédicule est aussi considérablement vascularisé, de telle sorte que lorsqu'il est sectionné, on peut avoir affaire à de très fortes hémorragies. Lorsque la tumeur prolabe au dehors, grâce à la longueur du pédicule, il arrive souvent que l'orifice vulvaire enserre celui-ci suffisamment pour amener des troubles graves de la circulation qui peuvent aboutir même au sphacèle. La couleur de la muqueuse est alors celle de toute muqueuse qui a subi un violent étranglement ; elle est violacée, mais cette coloration cesse au-delà de l'étranglement sur le pédicule, vers le vagin pour présenter la couleur normale de la muqueuse vaginale. Par la constriction très forte à laquelle est soumise la tumeur, la muqueuse qui la recouvre est également œdématiée et participe aux mêmes phénomènes. Moins fréquents sont les fibro-myomes sessiles. Leur point d'implantation n'est plus réduit à un simple pédicule, et nous

avons ici affaire à un véritable envahissement par le néoplasme s'accroissant progressivement dans tout le tissu environnant. Ces tumeurs déplacent souvent considérablement les organes voisins et changent complètement leurs rapports, après avoir opéré un véritable dédoublement de la muqueuse vaginale.

Quant aux relations du fibro-myome avec le tissu conjonctif environnant, elles sont aussi assez variables. Assez souvent il a été observé que le tissu qui les environnait était formé par des éléments du type conjonctif, et ces éléments, dont le nombre était assez restreint, formaient une sorte de gangue assez fragile que l'on parvenait à disséquer très facilement et qui permettait l'ablation facile de la tumeur. Mais parfois (heureusement ces cas sont les plus rares), la tumeur fait pour ainsi dire partie intégrante du tissu qui l'environne et paraît même complètement développée à ses dépens. Dans ces cas, l'on se heurte à de grandes difficultés au cours de l'opération, car il est très difficile de se rendre compte exactement de l'endroit où l'on se trouve et de séparer ainsi d'une façon absolue le tissu pathologique du tissu sain.

e) Pour en terminer avec l'anatomie macroscopique, nous citerons les modifications qui peuvent être apportées dans les rapports anatomiques des différents organes voisins. Et encore ici nous avons à envisager le cas des tumeurs sessiles et des tumeurs pédiculées. Lorsque la tumeur est pédiculée, il y a généralement peu de modifications. Cependant,

s'il s'est contracté quelques adhérences avec les organes voisins, l'on peut avoir, soit une cystocèle, soit une rectocèle produite par le simple effet de la pesanteur qui entraîne au dehors en même temps que la tumeur une certaine portion de la vessie ou du rectum. Dans la première observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Dubar, nous notons, en effet, qu'au cours de l'opération, s'il a été fait une dissection facile de toute la face inférieure de la tumeur, l'on s'est trouvé en face de difficultés assez grandes lorsqu'il a fallu séparer en avant celle-ci de la vessie à laquelle elle adhérait intimement. Lorsque les tumeurs sont sessiles et ont acquis un certain volume, non seulement elles compriment les organes environnants, mais encore elles les déplacent. Le rectum peut être comprimé ainsi que la vessie ; alors la défécation devient très pénible et la miction devient impossible. L'utérus est lui-même quelquefois soit déplacé en masse, soit simplement fléchi en divers sens ; la flexion peut être si forte qu'elle empêche complètement le fonctionnement de l'organe. (Rocheblave, Montpellier, 1866.)

2° *Histologie et anatomie microscopique.*

Le fibromyome est une variété de néoplasme se développant sous une forme le plus souvent arrondie. Il prend naissance dans l'épaisseur du tissu musculaire et est constitué histologiquement par un amas de faisceaux musculaires lisses, réunis par du tissu conjonctif très abondant, vascularisé et de consistance fibreuse. Presqu'exclusif à l'utérus, on le

rencontre beaucoup moins fréquemment dans le vagin. Ces tumeurs se développent aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux ou de la couche musculaire du vagin, ou bien du tissu cellulaire recto-vaginal. Suivant la prédominance du tissu musculaire ou du tissu conjonctif, l'on a un myome ou un fibrome (rares à l'état isolé), souvent les deux sont réunis et on a alors un fibro-myome. Les fibres musculaires lisses se présentent sous forme de faisceaux ; on les isole pour les étudier par les différents réactifs.

Les cellules se reconnaissent à leurs noyaux allongés en bâtonnets, elles ont souvent leur volume normal, mais souvent aussi elles sont hypertrophiées et rappellent les fibres de l'utérus gravide. A côté de ces cellules adultes, on trouve tous les degrés de développement sous l'aspect de gros noyaux elliptiques entourés de protoplasme.

Ce protoplasma prend d'abord une forme ovoïde, puis fusiforme. Le noyau s'allonge en bâtonnets et les granulations du protoplasma se disposent souvent de façon à simuler des stries. Ces éléments sont des fibres lisses en voie de développement.

Quant au tissu conjonctif, il est en quantité variable, très peu abondant dans le myome pur, il est au contraire assez répandu dans le fibro-myome, dont il est, comme nous l'avons dit, une des parties constituantes. Il accompagne les vaisseaux sanguins et isole les unes des autres les masses lobées.

Les vaisseaux sont périphériques ou interstitiels.

Ces derniers sont ou de gros capillaires ou des vaisseaux artériels souvent béants comme des sinus. Quant à l'existence de nerfs et de terminaisons nerveuses, on n'en a noté qu'une seule fois et encore la tumeur n'était-elle pas un véritable fibromyome; c'était plutôt un leïomyome.

Telles sont les formes pures des fibro-myomes, mais parfois celles-ci sont plus ou moins altérées. M. Tédenat, par exemple, y a trouvé un commencement de dégénérescence graisseuse, des incrustations calcaires, des îlots se rapprochant assez du tissu sarcomateux et même myxomateux, une transformation kystique. Voici une de ses observations très intéressante :

« Une femme de 30 ans a une tumeur du volume d'une mandarine fixée à la partie moyenne de la face antérieure du vagin par un pédicule très court ayant l'épaisseur du pouce. La malade s'en est aperçu il y a 3 ans; la tumeur avait alors les dimensions d'une noix; jamais de douleurs, mictions fréquentes, leucorrhée. Le professeur Valette en fait l'ablation au moyen de l'écraseur linéaire; pas d'hémorragie, guérison rapide.

» La tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale non modifiée. Sur une coupe médiane faite dans l'axe du pédicule, elle se montre composée de plusieurs nodules formés de fibres rouges ondulées. Le tissu est plus lâche dans les espaces intra-nodulaires où à la loupe on voit facilement des sinus veineux. Dans le pédicule, quelques vaisseaux

situés immédiatement au-dessous du revêtement muqueux.

» L'examen microscopique montre les nodules composés uniquement de fibres musculaires à leur partie centrale ; à la périphérie s'y joignent des fibres connectives et des corps fusiformes. Entre les nodules, les éléments connectifs prédominent et autour des vaisseaux forment des gaînes lâches constituées par des faisceaux ondulés entre lesquels existent des cellules arrondies et allongées. Les fibres musculaires sont très volumineuses et quelques-unes présentent une striation très nette et comparable à celle des fibres utérines vers la fin de la grossesse ».

Cette observation est intéressante, car elle nous met en présence d'un élément nouveau : la fibre musculaire striée. En effet, si la plupart des tumeurs que nous étudions sont des *fibro-leïomyomes*, nous avons des observations (très rares, il est vrai), où ces tumeurs étaient de véritables rhabdomyomes. L'observation précédente de M. Tédenat nous montre déjà quelques fibres musculaires striées au milieu des nodules. L'observation de Mme Kascherawora, que nous publions en entier, à la fin de notre travail, nous met en présence d'une tumeur à nombreuses fibres musculaires striées et dont le tissu connectif a subi la dégénérescence muqueuse (rhabdomyome myxomateux).

1° La tumeur était très riche en éléments cellulaires qui, à certaines places, étaient situés assez

près les uns des autres; quantité assez considérable de substance intercellulaire entre ces éléments en d'autres endroits. Dans les éléments de la tumeur, deux catégories de cellules essentiellement différentes. Cellules variant quant à la taille et à la forme. Les unes rondes, de la grandeur d'un globule blanc, ou deux fois plus grandes, les autres affectant une une forme ovale, quelques-unes étaient fusiformes et pourvues de prolongements plus ou moins longs, d'autres avaient la forme d'étoile. Différence dans leur structure. Les premières avaient le caractère d'un tissu conjonctif embryonnaire, pas d'enveloppe et composées d'un protoplasma trouble, brun et opaque, réfractant assez fortement la lumière. Ce protoplasma renfermait un noyau, quelquefois plusieurs, de dimension relativement considérable. Au microscope, on voyait un grand nombre de vaisseaux, pour la plupart capillaires, dans le tissu de la tumeur. Les jeunes cellules étaient situées surtout le long des vaisseaux, tandis que les cellules fusiformes et en étoile en étaient à une certaine distance. La disposition topographique de ces dernières correspondait au type du tissu conjonctif.

Les cellules fusiformes, parallèles les unes aux autres, formaient des faisceaux qui se dispersaient dans différentes directions. Les cellules en forme d'étoile, reliées les unes aux autres par leurs prolongements, étaient disposées en réseaux plus ou moins épais avec diverses quantités de substance intercellulaire. Cette substance qui remplissait les espaces

libres de ces réseaux, ou qui, accumulée entre les cellules fusiformes, les séparait plus ou moins les unes des autres, était tantôt homogène, tantôt trouble ; on y trouvait, de place en place, de minces filaments de mucus et on constatait les réactions de la mucine. *(Tissu connectif myxomateux.)*

2° La seconde partie de la tumeur, la plus importante, était composée d'éléments tout à fait distincts des précédents. Les cellules n'étaient pas uniformes : dans chacune d'elles on pouvait remarquer une structure compliquée ; dans les cellules plus anciennes qui affectaient encore une forme ovale et n'étaient pourvues que d'un seul prolongement on apercevait d'ordinaire vers l'un des bords une série de points sombres, ayant la forme d'une ligne striée très mince. A côté de ces cellules s'en trouvaient encore d'autres dans lesquelles on distinguait déjà deux ou trois lignes, dont la longueur correspondait à celle de la cellule même. Dans les longues cellules fusiformes, on pouvait souvent voir ces lignes striées les traverser sans interruption de l'extrémité d'un prolongement à l'extrémité de l'autre. Dans les cellules pourvues de plusieurs prolongements, on pouvait voir, à certains endroits, que les lignes striées passaient le long de tous ces prolongements, il suffisait de regarder ces cellules pour reconnaître de quelle espèce de tumeur il s'agissait et à quel type appartenait le tissu. *(Tissu musculaire strié.)*

Nous avons donc ici, dans cette tumeur observée par Mme Kascherawora, deux éléments distincts de

ceux des fibromyomes habituels. Nous avons ici du tissu muqueux, remplaçant le tissu fibro-conjonctif et du tissu musculaire strié remplaçant le tissu musculaire lisse. Si les rhabdomyomes purs sont rares (le plus grand nombre se rapportent à des tumeurs congénitales et quelques-uns de ceux dont on a pu suivre la marche clinique ont donné lieu à des récidives et se sont comportés comme des sarcomes mous et fuso-cellulaires (Lencher et Virchow). Virchow a signalé, d'autre part, comme cause d'erreur que des fibres striées peuvent se trouver dans des tératomes), il n'en est pas de même des rhabdomyomes présentant des caractères mixtes, où les fibres musculaires sont disséminées dans des masses sarcomateuses ou myxomateuses.

Ici nous avions affaire à un rhabdomyome myxomateux que l'on peut considérer comme un fibromyome dégénéré. En effet, la striation des fibres musculaires lisses n'est pas exceptionnelle dans la région génitale ; elle est même un phénomène constant au cours de la grossesse (Obs. de Tédenat-Ranvier). D'autre part, les modifications de la partie conjonctive de ces néoplasmes ne sont pas rares et les cellules conjonctives peuvent évoluer vers le type muqueux (Kleinwachter). C'est ainsi que le rhabdomyome myxomateux de Mme Kaschewarora se rattache au fibro-myome que nous étudions, et c'est pour cette raison que nous nous y sommes arrêté un instant.

Pour terminer ce chapitre d'anatomie patholo-

gique, il nous reste à citer les petites hémorrhagies interstitielles auxquelles sont exposées les fibromes par les différents traumatismes ; on peut même rencontrer dans ces tumeurs des petits kystes à contenu hématique ou renfermant un mélange quelconque de cristaux, de cholestérine et de pigments sanguins.

Quant à l'œdème et à la nécrose, nous l'avons déjà signalé plus haut, à l'article symptômes, et il est inutile d'y revenir ici.

PRONOSTIC

Les fibro-myomes du vagin sont des tumeurs généralement bénignes et qui, lorsqu'elles sont extirpées de bonne heure, ne laissent après elles aucune trace. Après l'intervention pratiquée convenablement et aseptiquement, la malade guérit facilement de sa plaie opératoire en même temps que disparaissent tous les symptômes que nous avons étudiés plus haut : douleur, écoulements, troubles de la miction, etc. Mais, lorsqu'ils ne sont pas enlevés à temps, ils peuvent, par leur accroissement et leur développement, être cause de complications assez graves, surtout chez la femme enceinte. La présence de ces tumeurs, les froissements auxquelles elles sont exposées, peuvent entraîner une vaginite plus ou moins accentuée ou simplement une leucorrhée persistante.

Nous avons déjà mentionné le cas où, par son poids, la tumeur en prolabant avait entraîné une certaine portion de la vessie (cystocèle) ou du rec-

tum (rectocèle), avec lequel il avait contracté des adhérences. La ponction de la vessie dut être faite une fois pour une occlusion complète de l'orifice externe de l'urèthre par la tumeur considérablement développée.

Une complication sérieuse de ces tumeurs est l'hémorragie (cas cité dans lequel l'hémorragie était devenue le symptôme principal et commandait l'intervention immédiate — observation du Dr Potel dont la malade présentait depuis trois mois un écoulement séro-sanguinolent incessant) ; mais c'est surtout consécutivement à l'opération que les hémorragies sont les plus fréquentes et les plus abondantes. Cependant, ces hémorragies ont pu être arrêtées, soit par la ligature, la forcipressure, la pression des vaisseaux, soit par le tamponnement simple, soit par le tamponnement avec le perchlorure de fer, et, dans ce cas, le pronostic n'était nullement assombri.

Lorsque la femme est en état de grossesse, la tumeur est une cause de dystocie pouvant rendre, dans des cas extrêmes, complètement impraticable la filière génitale (cas de Pillore, qui dut pratiquer une césarienne pour une tumeur volumineuse et sessile empêchant complètement la sortie de l'enfant par les voies naturelles). Pillore et Virchow ont relaté deux cas de mort du fœtus. Quant au pronostic pour la mère, il est très variable ; nous avons vu que la plupart du temps la grossesse donnait un coup de fouet à l'évolution de la tumeur, et, d'un autre

côté, l'état de puerpéralité peut s'opposer au succès de l'opération.

Quant à l'infection et au sphacèle du fibro-myome, c'est une des complications les plus graves et qui assombrissent considérablement le pronostic. En effet, les fibro-myomes infectés donnent lieu à des accidents septicémiques parfois très graves, car les lymphatiques voisins se contaminent très facilement et transportent dans l'organisme les microbes septiques. Le sphacèle peut se produire par simple inflammation septique, de petites ulcérations ayant ouvert une porte d'entrée aux germes pathogènes du vagin, ou par ischémie, lorsque la constriction du pédicule est suffisante pour amener l'arrêt de la circulation dans la tumeur. Cette dernière nécrose, néanmoins, est moins grave que la précédente.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs fibreuses du vagin est en général assez facile à établir et pour le faire l'examen direct par la vue ou par le toucher est assez souvent suffisant, lorsque la tumeur n'est pas tellement volumineuse que l'on ne puisse en circonscrire les limites.

Lorsque la tumeur, peu volumineuse est contenue dans le vagin et est reliée à la paroi par un pédicule apparent, l'on ne peut guère avoir à faire qu'à un fibromyome et le diagnostic se fait facilement, mais lorsque la tumeur est très développée et empêche l'exploration digitale de la face postérieure, on ne peut guère différencier avant qu'elle soit extirpée une tumeur vaginale d'une tumeur utérine. La consistance est en effet la même dans les deux cas ; consistance ferme et un peu élastique, pouvant devenir extrêmement dure dans les formes fibreuses et dans les tumeurs calcifiées ; plus molle au contraire dans celles qui contiennent beaucoup d'éléments musculaires et tout à fait fluctuante dans les cysto-fibromes ; et l'on ne peut compter sur cette recherche pour établir un diagnostic précis. Lorsque

la tumeur est sessile, elle peut être confondue avec les kystes du vagin. Mais ici la consistance n'est plus la même et peut servir à éclairer le diagnostic. La tumeur formée par les kystes du vagin est indolore, assez molle, fluctuante et irrégulière, et l'on peut s'assurer qu'il y a du liquide à l'intérieur, en la saisissant entre les doigts qui la compriment et qui se rendent ainsi compte de cette fluctuation. Mais parfois la situation de la tumeur est telle que l'on ne peut se rendre compte de cette fluctuation par le simple toucher vaginal, et l'on devra avoir recours au toucher combiné, un doigt étant dans le rectum et un autre dans le vagin. Cette tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale d'épaisseur et d'aspect normaux. Le lieu de prédilection de ces kystes est en avant sur les points correspondants au canal de l'urèthre ou à la face inférieure de la vessie ; mais on peut les rencontrer aussi sur la face postérieure ; ils se tiennent environ à 4 ou 5 centimètres en arrière de la vulve. En résumé, le diagnostic de kyste du vagin se fait assez facilement, mais il faut toutefois signaler une cause d'erreur possible assez importante qui est l'œdème, très fréquent, comme nous l'avons vu, dans les fibromyomes et qui donnent des sensations beaucoup moins nettes et peut faire prendre un fibrome pour un kyste (Pelletan). Collardot cite un cas où Terrillon fit une ponction exploratrice pour une tumeur dont il ne pouvait établir exactement le diagnostic.

Lorsque la tumeur fait saillie hors de la vulve, il ne faut pas la confondre avec un prolapsus de l'utérus, dans lequel on rencontre les mêmes modifications et le même aspect de la muqueuse, les symptômes fonctionnels : pesanteur, tiraillement, mictions répétées, constipation, etc., étant également les mêmes. Il faudra donc faire un examen assez scrupuleux de la tumeur. La femme étant en position dorso-lombaire, on la fait tousser ou pousser. Dans le prolapsus complet hors de la vulve, on aperçoit une tumeur ovoïde, souvent grosse comme le poing, dont la surface est formée par le vagin retourné : les plis transversaux sont effacés, la muqueuse est sèche, d'un rose pâle, présentant parfois des ulcérations dues au frottement. Le col ne répond pas exactement au pole inférieur de la tumeur : il est ordinairement reporté en arrière et ses lèvres sont effacées. D'un autre côté, l'emploi de l'hystéromètre indique un agrandissement de 8 à 15 centimètres, dans le prolapsus avec allongement. Il va sans dire que lorsqu'il s'agit d'un fibrome, la cavité utérine conserve sa longueur normale. D'ailleurs, la plupart du temps, le doigt suit facilement le pédicule dans le vagin, jusqu'à son point d'insertion et au-dessus on sent nettement l'utérus normalement situé.

Parfois aussi, on peut hésiter à faire le diagnostic d'avec une cystocèle ou une rectocèle. La cystocèle existera si une sonde introduite par l'urèthre, peut être dirigée en bas et en avant et son bec

senti sous la paroi vaginale antérieure. De même le toucher rectal montre si le rectocèle existe : le doigt poussé sur la paroi antérieure du rectum vient tomber en arrière de l'utérus. L'abcès se distinguera aisément à sa marche, à sa forme généralement moins régulière, à la douleur que la pression y détermine; enfin, il n'a jamais de tendance à se pédiculiser.

Quant au cancer et à l'épithélioma, ils ne peuvent guère être confondus avec les tumeurs dont nous nous occupons. Ils retentissent d'abord sur l'organisme tout entier. La tumeur est fissurée, bombée, donnant lieu à un écoulement fétide. Tandis que les fibromyomes sont très peu douloureux, la douleur est dans ces cas un symptôme caractéristique. Enfin l'engorgement des ganglions lombaires et du ligament large suffira pour guider le diagnostic.

TRAITEMENT

Les premiers procédés qui ont été employés dans le traitement de ces tumeurs furent l'écrasement, l'énucléation, la ligature élastique, la torsion, etc. Voici, par exemple, une observation *(Journal of Amer. Med. An. 1887)* d'extirpation par écrasement :

« Chez une femme de 35 ans existait une tumeur fibreuse, remplissant le vagin, de la forme d'une poire, à base dirigée en haut. On appliqua un écraseur ; mais la chaîne cassa et l'opération fut abandonnée. Plusieurs jours après, on tenta l'extirpation avec succès cette fois. La tumeur trop volumineuse pour être enlevée par la voie ordinaire fut saisie par un forceps, puis l'avant-bras introduit dans le rectum et, par ces moyens combinés, elle fut amenée au-dehors. La circonférence était de 15 pouces ; son poids d'une livre et demie. »

Voici maintenant une autre observation *(Ann. f. Gyn., 1880)* d'extirpation par énucléation :

« Une femme de 43 ans se présente à l'auteur pour

une tumeur qui faisait saillie de 10 centimètres hors la vulve. Cette tumeur de consistance fibreuse, ferme, recouverte par la muqueuse ulcérée, se prolongeait dans le vagin où elle s'insérait par une large base à la paroi antérieure de ce canal. L'urèthre était dévié à droite, ainsi que l'utérus. La tumeur n'avait pas eu de retentissement sur l'état général. Opération : L'auteur pratique une incision circulaire sur la muqueuse qui recouvre la tumeur au niveau de la vulve ; et l'énucléation du tissu cellulaire a lieu facilement à l'aide des doigts et du manche du scalpel. Suppuration abondante. La guérison était complète le vingtième jour. La tumeur pesait 180 grammes et était constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses et de tissu connectif.

Cette dernière méthode d'énucléation de la tumeur a été préconisée et appliquée par Dupuytren, Pelletan, Kleinwachter, Porro, Dahlmann, Dubreuil, etc. Son avantage principal est de permettre de voir clair, et de savoir diriger l'instrument, surtout lorsque se trouvent entraînées dans le pédicule certaines parties soit du rectum, soit de la vessie.

L'anse galvanique a été employée avec succès par Barnes et Neugebauer, mais c'est un procédé qui n'est guère recommandable, car ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il a été employé, étant en outre très dangereux pour les parties voisines et d'un maniement délicat.

L'écraseur, dont il est parlé dans la première

observation, a plusieurs défauts, dont quelques-uns sont très graves ; il casse facilement sur ces tissus dont la résistance est très forte, il les sectionne lentement et fait perdre beaucoup de temps ; enfin, il a une tendance à remonter, à grimper pour ainsi dire, sur les tissus résistants, par une sorte de reptation qui a parfois causé l'ouverture du péritoine. (Tillaux, *Annales de Gynécologie,* II, p. 461.)

Quant au procédé de l'arrachement et torsion, il ne peut être également employé que dans des cas tout-à-fait particuliers ; il est tout-à-fait déplorable lorsqu'une portion quelconque de la vessie, du rectum, ou même de l'urèthre se trouve comprise dans le pédicule.

Tous ces procédés anciens présentent chacun leurs inconvénients particuliers, et l'on peut voir que depuis les progrès incontestables de l'antisepsie et de l'asepsie chirurgicale, le véritable procédé de traitement des fibromyomes du vagin consiste dans l'ablation pure et simple de la tumeur.

Mais, ici, nous devons envisager les différentes conditions dans lesquelles se présente la tumeur :

1° Si le fibrome est bien pédiculé et facile à circonscrire, il faudra d'abord s'assurer qu'il n'y a dans le pédicule aucun prolongement vésical ou rectal. Ensuite, on pourra inciser et décoller la muqueuse de façon à n'avoir dans le pédicule que les vaisseaux et leur gangue fibreuse, passer un fil double à la base du pédicule et sectionner. (Dr Potel, *Revue de Gynécologie, 1903).* Kleinwachter et Lis-

franc, en effet, ont publié des observations dans lesquelles il est question de prolongement de la vessie ou du rectum dans le pédicule. Kleinwachter eut une déchirure de la vessie et une fistule qui dura dix-huit jours. Lisfranc, renseigné par un toucher rectal préalable, lui ayant permis de découvrir à la base de la tumeur une dépression en doigt de gant, fait prolaber la tumeur hors du vagin et sectionne entre son doigt introduit dans la dépression et cette tumeur. Quant aux hémorragies qui accompagnent la simple section de pédicule, sans que l'hémostase préalable eut été réalisée par la ligature indiquée, elles sont parfois excessivement graves et commandent l'emploi des hémostatiques les plus puissants et des cautérisations.

2° Lorsque le fibrome pédiculé est assez volumineux pour rendre impossible la délimitation de son contour, il est indiqué de le saisir avec des pinces à griffe et de l'abaisser. On peut même, comme cela fut fait par Thorten Parker, recourir au forceps pour attirer au dehors la tumeur. Lorsque celle-ci est abaissée, son pédicule est sectionné, après ligature préalable ou simplement tordu ou forcipressé. Mais il est des cas où il est complètement impossible d'amener la tumeur, soit à cause de son volume, soit à cause des adhérences avec les parties profondes, et alors il faut recourir au morcellement, si bien décrit par Péan pour le traitement des corps fibreux de l'utérus. La tumeur fibreuse est saisie avec des pinces et fortement tirée en bas. Elle peut

d'abord être prise en partie par une forte pince dentée ; une incision profonde, perpendiculaire au grand axe de la tumeur, est pratiquée ; chacune des lèvres de la section, ou au moins l'une des lèvres, est saisie aussi haut que possible avec une forte pince à dents ou à pointes ; la partie sous-jacente à la pince est excisée. Avant d'enlever la première pince, une seconde est glissée au-dessus de la première : une nouvelle partie du myome se trouve enserrée ; les ciseaux, le bistouri, coupent les parties sous-jacentes à la pince précédente. Ainsi, avec l'aide des pinces, du bistouri et des ciseaux, on extirpe morceau par morceau une partie de la tumeur. (Péan. — *Morcellement des corps fibreux*).

3° Enfin la tumeur peut être sessile et, dans ce cas, l'opération présente beaucoup plus de difficultés que dans les cas précédents, surtout lorsque la tumeur est assez volumineuse. Le meilleur procédé, dans ce cas, est de pratiquer l'opération que l'on désigne sous le nom d'énucléation vaginale, et qui consiste à inciser sur le fibrôme la muqueuse de revêtement, à dégager le corps fibreux des parties avoisinantes avec lesquelles il adhère, à la faveur de la capsule lamelleuse qui l'en isole le plus souvent. Cependant, cette capsule peut quelquefois manquer, et alors la tumeur étant véritablement incluse dans le tissu conjonctif environnant, il devient très difficile de la dégager complètement. L'intervention sera alors le plus souvent incomplète, certaines parties de la tumeur n'ayant pu être enlevées, malgré les plus

laborieuses dissections. D'autre part, c'est dans ces cas qu'il est le plus facile de léser le rectum ou la vessie dont on ne peut exactement déterminer la situation.

Un tamponnement vaginal un peu dur aura l'avantage d'arrêter l'hémorragie et de réunir l'une à l'autre les surfaces qui auront été avivées. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, les bords de l'incision ne se rejoignent pas et sont séparés l'un de l'autre, il est indiqué de les réunir par les points de suture classiques.

Nous avons dit ce que nous pensions des effets désastreux que le fibromyome pouvait avoir sur la grossesse. Il sera donc prudent d'opérer le plus vite possible une femme enceinte chez laquelle on aura fait le diagnostic de fibrome. Si le diagnostic n'a pas été fait et que la tumeur n'est découverte que lorsque la femme est en travail, c'est que celle-ci aura été assez peu volumineuse pour n'entraîner aucun des symptômes qui ont été mentionnés. L'intervention qui sera d'autant plus facile dans ce cas, s'imposera également ici, car même avec un polype peu volumineux, il pourrait se produire un arrachement de la vessie ou du rectum au cours de l'accouchement spontané. Enfin, on peut être parfois obligé, comme nous l'avons dit, de pratiquer l'opération césarienne, lorsque la tumeur volumineuse et sessile comble entièrement le vagin et ne peut véritablement être extirpée, dans un temps suffisamment rapide (quand le fœtus est en souffrance).

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Dubar.)

Mme X..., 36 ans, éprouve depuis environ deux ans une pesanteur à l'entrée du vagin. Depuis quelques mois cette sensation a beaucoup augmenté. La marche est devenue pénible, difficile. De plus, elle éprouve une grande peine pour uriner. Elle est obligée de faire des efforts considérables et la miction n'a lieu qu'à plusieurs reprises et par jets interrompus.

Généralement bien réglée, elle déclare qu'il y a cinq ans elle a eu à diverses reprises des règles beaucoup plus abondantes et plus longues que d'ordinaire. Ces phénomènes ont duré quinze mois, puis tout est rentré dans l'ordre.

En l'examinant on aperçoit, faisant saillie entre les grandes lèvres, une tumeur qui, sous l'influence d'un effort ou d'une traction, est amenée en grande partie hors de la vulve. Cette tumeur peut avoir le volume d'un gros œuf de poule, elle est recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, très distendue, et adhère intimement à la vessie qui est entraînée avec elle, ce qu'on reconnaît en plaçant une sonde dans cet organe.

Lorsque la tumeur est attirée au dehors, on sent immédiatement au-dessus d'elle l'utérus fortement abaissé, et

qui paraît relié à la tumeur par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie.

La consistance de cette tumeur est ferme, fibreuse. Elle est insensible à la pression.

D'ailleurs aucun retentissement sur l'état général. La malade est seulement devenue depuis quelque temps très nerveuse. Je porte comme diagnostic : fibrome de la paroi antérieure du vagin, développé entre la muqueuse vaginale et la vessie.

L'extirpation proposée est acceptée. Incision médiane de la paroi vaginale antérieure, allant de cet utérus jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire. Dissection facile de toute la face inférieure de la tumeur. Difficultés assez grandes pour séparer en avant la tumeur de la vessie à laquelle elle adhère intimement.

En haut, dissection d'un cordon fibreux qui s'étend jusqu'à la portion sus-vaginale du col, et qui paraît s'y insérer.

La tumeur enlevée a le volume d'un gros œuf de poule. Sur une coupe, elle est d'un blanc rosé, d'aspect fibreux. L'examen histologique montre qu'elle est composée de fibres musculaires lisses, entrecroisés en tous sens et présentant sous la réaction du picro-carmin une teinte rouge acajou caractéristique. C'est un myome pur avec une enveloppe fibreuse. Le cordon qui le rattachait au col de l'utérus est formé par du tissu fibreux.

Il s'agissait donc d'un myome migrateur développé primitivement dans la partie sus-vaginale du col utérin et qui, peu à peu, était descendu, dédoublant la paroi antérieure du vagin.

Les suites opératoires furent très simples. Réunion par première intention de la presque totalité de la plaie. La suture avait manqué au niveau d'un crin de Florence, vers le milieu de la plaie. Au bout de dix jours, je constate l'existence d'une fistulette qui donne quelques gouttes

d'urine. Cette fistule est avivée, réunie par trois points de suture au fil d'argent et oblitérée.

Observation II *(inédite)*

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Dubar)

Mme C..., âgée de 48 ans, entre, le 10 juin 1903, dans le service de M. le professeur Dubar. Malade un peu obèse, ayant une bonne santé habituelle. Elle a eu trois accouchements normaux et à terme ; les règles ont toujours été normales et d'abondance moyenne, mais depuis quelques mois, l'approche de la ménopause se fait sentir et l'abondance des règles a diminuée.

La malade était habituellement constipée ; cette constipation s'est accrue depuis un an, et au cours d'un examen complet de la malade, la tumeur de la paroi vaginale a été découverte. Celle-ci s'est, en effet, développée insidieusement, elle n'est le siège d'aucune douleur ; bref, à part la difficulté pour aller à la selle, la malade n'accuse aucun trouble subjectif.

Au toucher, la tumeur présente le volume d'une mandarine ; elle siège dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche. Elle est tout à fait indépendante du col utérin ; le toucher rectal montre qu'il n'existe aucune adhérence de la tumeur à l'intestin. La consistance très dure de la tumeur, son aspect lisse, l'intégrité de la muqueuse qui la recouvre, font porter le diagnostic de fibrome de la cloison recto-vaginale.

La malade est opérée le 16 juin ; la muqueuse est incisée sur la tumeur, et celle-ci, saisie avec une pince à griffes, se sépare de la loge avec la plus grande facilité ; quelques points de suture au catgut ferment la brèche faite à la

muqueuse. Guérison sans aucun incident; la malade quitte l'hôpital le 12 juillet.

La tumeur, de couleur blanc-nacré, présentait à la coupe la dureté et l'aspect stratifié particulier aux fibromes.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le docteur Potel.)

Marie D..., célibataire, 48 ans, se présente à notre consultation pour des métrorrhagies et des troubles de la miction. Ces troubles ne datent que de quelques années. Jusqu'à l'âge de 43 ans, la malade n'a présenté aucune manifestation morbide de la zone génito-urinaire. Elle est réglée très régulièrement quatre jours par mois. A cette époque, les règles disparaissent, avec uniquement quelques signes habituels à la ménopause : bouffées de chaleur, etc. Rien de particulier à noter pendant trois ans.

Il y a deux ans, la malade fut assez étonnée de voir ses règles reparaître, mais il s'agissait d'un écoulement séro-sanguinolent, sans couleur franchement hémorragique. Cet écoulement apparaît d'abord tous les mois durant deux ou trois jours, puis la malade vit ses pertes augmenter d'abord de durée, puis ensuite de fréquence. Un an après le début des accidents, l'écoulement revenait tous les quinze jours. Ces phénomènes, d'ailleurs, loin de s'amender, allèrent en progressant, et, depuis trois mois, l'écoulement du liquide séro-sanguinolent n'a pas cessé.

En même temps que ces pertes de sang, apparaissaient des troubles de la miction : d'abord de la pollakiurie, puis de la dysurie.

La malade devait uriner fréquemment, et, chaque fois, elle devait faire des efforts prolongés pour faire sortir l'urine ; mais la miction, une fois commencée, durait

cinq minutes et plus, par petites quantités ; la malade urinait en marchant, *more ovis*, suivant sa propre comparaison. En même temps, la malade souffre d'une sorte de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre.

Examen. — L'hymen est intact et admet difficilement l'index. Dès l'entrée du vagin, le doigt est refoulé vers la gauche par une tumeur volumineuse occupant le côté droit du vagin, recouverte de la muqueuse non ulcérée, complètement sessile.

Cette tumeur est solide ; on ne sent pas de fluctuation, autant du moins que l'on peut s'en rendre compte avec un seul doigt.

En poussant l'exploration plus profondément, le doigt arrive avec beaucoup de peine, au niveau du cul-de-sac latéral droit, à dépasser la limite de la tumeur.

Le col de l'utérus est petit, conique. On perçoit au bout du doigt, sur la face antérieure de l'utérus, une petite nodosité grosse comme une noisette et qui semble être un fibrome utérin.

Par le palper bimanuel, très difficile en raison de la persistance de l'hymen, d'une part, et de l'épaisseur de la paroi abdominale, d'autre part, il semble que l'utérus est un peu augmenté de volume.

Il est impossible de songer, ni à mettre un spéculum, ni à pratiquer l'hystérométrie. Je fis le diagnostic de tumeurs fibreuses de l'utérus et du vagin ; la tumeur vaginale étant de beaucoup la plus importante et la cause de la plupart des troubles présentés par la malade.

Aussi je proposai à la patiente de la débarrasser d'abord de la tumeur vaginale, quitte plus tard à lui enlever son utérus fibromateux si l'indication s'imposait.

L'intervention fut pratiquée en avril 1902. Chloroforme. Je pratiquai d'abord la dilatation rapide de la vessie et du vagin ; je pus ainsi placer une valve inférieure, et mettre en vue la tumeur.

Je pratiquai une incision longitudinale d'arrière en avant, parallèle à l'axe du vagin, intéressant toute la muqueuse.

La dissection de la partie antérieure visible s'opère facilement ; mais, pour les parties profondes, il fallut abandonner tout instrument, à cause de l'étroitesse du vagin.

J'amarrai alors une forte pince à préhension, et, avec l'index droit, je décortiquai peu à peu toute la tumeur, qui finit par s'énucléer en entier.

Je profitai de la brèche pour examiner l'utérus. Il existe un petit fibrome, à peine gros comme une noisette, sur la paroi antérieure de l'utérus, mais la matrice n'est guère augmentée de volume. L'hystérométrie donne 9 centimètres.

La plaie saignait un peu. Comme les bords de la plaie s'accolaient d'eux-mêmes, je jugeai inutile de mettre des sutures et me contentai de faire un tamponnement assez serré à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent des plus simples. Il n'y eut ni fièvre, ni suppuration, ni hémorragie. La malade était guérie quinze jours après l'intervention.

La tumeur enlevée a le volume du poing ; elle est blanc-rosé, d'une consistance uniforme, formée de faisceaux charnus enchevêtrés.

L'examen histologique montre que la tumeur est uniquement composée de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses, entrelacées. Les vaisseaux sont peu abondants. Il s'agit, en somme, d'un fibro-myome, se présentant dans sa structure ; rien de bien particulier.

Depuis l'intervention, l'écoulement sanguin a totalement disparu.

J'ai revu la malade six mois après l'intervention. Elle n'a plus perdu de sang ; le petit fibrome utérin n'a point grossi. L'utérus paraît même diminué de volume.

Observation IV

(M. Béraud.)

Bulletin de la Société de Chirurgie, 1864, 2e série, vol. 4, p. 100.

Polype du vagin.

M. Béraud montre un polype du vagin. C'est une tumeur piriforme, pédiculée, formée d'un repli muqueux doublé de graisse. L'insertion avait lieu sur la paroi antérieure du vagin et entraînait cette paroi de manière à simuler une cystocèle. J'ai dû m'assurer de l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, en introduisant une sonde dans la vessie. L'opération a été facile. J'ai lié le pédicule et je l'ai excisé au-devant *de la ligature.*

Observation V

Bulletin Médical du Nord de la France, 1861, série 3, p. 156.

Tumeurs fibro-plastiques du vagin

par M. le docteur Castelain.

Mme X... a cinquante-deux ans et a eu plusieurs enfants. Elle est d'un tempérament nerveux et d'une santé fort délabrée. Après avoir présenté des troubles assez marqués pendant trois ou quatre ans, la menstruation a cessé depuis environ dix ou douze mois. Pour Mme X..., comme pour beaucoup de femmes qui considèrent la cessation des règles comme un phénomène morbide, destiné à jeter la plus grande perturbation dans l'économie, c'est son *âge critique* qui est la cause du dérangement de santé qu'elle éprouve depuis quelque temps. Ainsi, les tiraillements douloureux qu'elle ressent dans les régions lombaires et hypogastriques, les hémorrhagies abondantes qui l'épui-

sent, la difficulté qu'elle a de se tenir debout ou de marcher, tous ces symptômes ne sont pour elle que le résultat de la cessation de ses règles, de son *âge critique*, aussi n'en parle-t-elle pas à son médecin.

Il y a six mois environ, elle s'aperçoit cependant de la présence d'une petite tumeur dans le conduit vulvo-utérin; elle croit alors à une descente de matrice. Du reste, la gêne apportée par cette tumeur n'étant pas très grande, Mme X... n'y prend pas garde. Ce n'est que le 5 de ce mois que Mme X... se décide à me consulter, parce que, depuis quelque temps, elle remarque que cette tumeur fait une saillie de plus en plus considérable, et qu'elle est devenue maintenant d'une grande sensibilité.

En pratiquant le toucher, je reconnais de suite une tumeur venant faire saillie à la vulve, ayant sa grosse extrémité dirigée en bas et en avant, et sa petite extrémité assez avant dans le vagin, en haut à droite et un peu en avant, autant qu'on peut en juger dans un pareil conduit. Cette tumeur est piriforme, d'une coloration gris rosé, un peu violacé, d'une consistance moyennement dure et élastique ; elle n'est le siège d'aucun suintement. Mon opinion est bien vite établie ; c'est, pour nous servir de l'expression généralement reçue, un polype du vagin qui se présente à mon examen. La seule indication à remplir était l'opération, je la propose à la malade, qui l'accepte pour le lendemain, en m'adjoignant mon collègue Testelin. Tout étant disposé pour cette opération, mon collègue Testelin tire sur la tumeur qui sort entièrement et laisse à découvert son point d'insertion qui paraît avoir lieu immédiatement sur la muqueuse du vagin, sans pédicule, mais par sa petite extrémité qui n'a pas plus de quelques millimètres. Je passe une ligature sur le point d'insertion en empiétant un peu sur la muqueuse, puis, à à l'aide de l'écraseur linéaire, je détache la tumeur qui tombe sans laisser échapper une goutte de sang. Comme

on le voit, le procédé opératoire a été des plus simples et des plus faciles, et la malade n'a éprouvé, d'après son dire, d'autre sensation que celle d'un pinçon un peu fort.

Examinée quelques heures après l'ablation, la tumeur, longue de quatre centimètres, large de trois centimètres et demi à sa base, point le plus étendu, a la forme d'une petite poire aplatie sur ses deux faces, ou plutôt d'un condiflôme très volumineux. Sa coloration est d'un gris jaunâtre avec un léger ton rosé ; sa consistance est assez résistante et élastique ; sa surface extérieure est sèche et aucun vaisseau apparent ne s'y révèle. Un seul petit vaisseau pénètre par le sommet de la tumeur et se perd très rapidement dans son épaisseur. A l'incision, il s'écoule un suc abondant, offrant la consistance et l'aspect de la synovie. Une tranche mince obtenue à l'aide du couteau double, laisse voir sous le microscope :

1° Un épithélium formé de quatre à cinq couches de cellules pavimenteuses ;

2° Pas de couche papillaire, mais immédiatement un tissu homogène composé d'une trâme extrêmement tenue de rares fibrilles conjonctives ;

3° Quelques fibres nucléés à ventre, une énorme quantité de corpuscules fibro-plastiques arrondis et de cellules ovalaires pointues, en un mot, tous les éléments du tissu fibro-plastique le mieux caractérisé. Une coupe faite au niveau du point ou a porté l'écraseur, permet de reconnaître que la section a été faite au-delà du mal. On reconnaît parfaitement le derme du vagin avec ses nombreuses fibres élastiques de la surface duquel on voit naître ensuite le tissu fibro-plastique.

Trois jours après l'opération, M. Testelin et moi, nous examinons la malade à l'aide du spéculum ; nous ne retrouvons aucune trace de la section qui est probablement cicatrisée et cachée entre deux rides. Mais nous remarquons sur la paroi postérieure du vagin une tumeur

du volume d'un gros pois, d'un gris jaunâtre. Nous ne doutons pas qu'elle ne soit de même nature que celle déjà enlevée, mais comme jusqu'à présent elle ne donne lieu à aucun symptôme, ni à aucun accident, nous sommes d'avis de n'y point toucher, en nous réservant toutefois le soin d'en surveiller la marche.

Aujourd'hui huit jours après l'opération, Mme X..., est parfaitement rétablie, elle ne ressent aucune des douleurs, aucun des symptômes que la présence de cette tumeur avait révélés, elle n'a éprouvée depuis bien longtemps un pareil état de bien-être.

En vous présentant cette observation, je n'ai eu d'autre intention que celle d'appeler vos recherches sur la nature des tumeurs vaginales et utérines qui pourraient se présenter à votre examen et que l'on a longtemps désignées sous le nom de *polypes*, définition peu rigoureuse et surtout peu satisfaisante au point de vue de l'état actuel de la science, car elle désigne communément des tumeurs d'apparence et de nature très différentes.

D'ailleurs, pour nous limiter dans notre observation, vous savez que les tumeurs du vagin sont loin d'être communes, et, quand elles existent, elles sont presque toujours de nature muqueuse, charnue, ou exclusivement fibreuse. Les caractères anatomiques qu'a présentés la tumeur qui a fait l'objet de cette lecture m'ont paru assez rares pour vous être signalés. C'est ce qui m'a déterminé, Messieurs, à vous entretenir.

Observation VI

(R. Condamin.)

(*Archives provinciales de chirurgie*, 1894, vol. 3, p. 569.)

Fibrome juxta-uréthral. — Agrandissement considérable de l'urèthre. — Enucléation.

C. A..., âgée de 33 ans, née à Savigneu (Ain), entre à la Charité le 5 mai 1894, dans le service du professeur Laroyenne, pour être débarrassée d'une grosseur qu'elle porte entre les grandes lèvres.

Réglée à 16 ans, et depuis toujours régulièrement, ses règles sont peu abondantes, durent deux ou trois jours, Jamais de grossesse ni de fausses-couches, mariée depuis 8 ans. Bonne santé générale.

Le début de son affection remonterait à 12 mois. A ce moment elle se serait aperçue d'une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, siégeant très probablement, d'après les renseignements un peu vagues que l'on obtient de la malade, au niveau de l'orifice uréthral. Cette tumeur, depuis six mois, aurait augmenté sensiblement. A plusieurs reprises, il s'esl effectué des hémorrhagies assez sérieuses, ayant pour point de départ la surface ulcérée de cette tumeur.

État actuel. — On constate actuellement, dans la région sous-pubienne, une tumeur bourgeonnante à son extrémité inférieure, ou la muqueuse qui la recouvre partout ailleurs est bourgeonnante et ulcérée. Elle présente le volume d'un gros œuf de dinde.

Elle siège à droite et au dessus du méat et du canal uréthral, qui présente une forme aplatie et qui est considérablement dilaté. Le méat et le canal uréthral admettent

facilement l'index qui peut pénétrer sans peine dans l'intérieur de la vessie. L'urèthre est un peu déjeté à gauche par suite du développement qu'à pris la tumeur.

Par le toucher vaginal et uréthral combiné, on sent très nettement que cette tumeur est constituée par deux masses principales réunies, dont la plus petite est adjacente à la partie supérieure de la petite lèvre qui est dédoublée. Elle ne plonge pas dans l'épaisseur du vagin, au-delà du ligament triangulaire du pubis.

Une partie de la tumeur est en dehors des grandes lèvres ; sa surface muqueuse est légèrement cutanisée à ce niveau ; à son extrémité antérieure, il existe deux bourgeons fougueux qui passent à travers une éraillure de la muqueuse ulcérée. Celle-ci dans son ensemble, paraît peu adhérente aux plans sous-jacents.

L'utérus occupe sensiblement sa place normale, mais il est atrophié. Sa cavité ne mesure que 4 à 5 centimètres au plus. Les culs-de-sacs sont complètement effacés surtout en avant.

Les rapports conjugaux, malgré la présence de cette tumeur, qui semble occlure la vulve, étaient possibles. Ils n'étaient nullement hétérotopiques, comme pourrait *a priori* le faire croire la dilatation considérable du méat urinaire et du canal uréthral.

Opération. Le 9 mai 1894. On décortique facilement cette tumeur de son enveloppe fibro-muqueuse : on s'efforce dans cette décortication de rester aussi près que possible de la tumeur, pour ne pas enlever une partie des parois uréthrales qui sont adjacentes. On résèque ensuite une partie de cette muqueuse, qui enveloppait la tumeur et l'on en pratique la suture, de façon à reconstituer dans leur état normal et le méat urinaire et la portion adjacente de la vulve.

Après l'opération, la région uréthrale et juxta-uréthrale est enduite de vaseline iodoformée. Un tampon de gaze

iodoformée est introduit dans le vagin pour exercer sur la paroi supérieure de celui-ci un certain degré de pression.

Le jour même de l'opération, la malade urina spontanément, ainsi que les jours suivants. Elle ne présenta pas d'incontinence, comme on s'y attendait un peu.

Huit jours après l'opération, elle pouvait rentrer chez elle complètement guérie.

Observation VII

(Th. Collardot, 1881, n° 57)

Kyste de la paroi antérieure du vagin. Inflammation et suppuration spontanée, fistule. Incision au thermocautère. Cautérisation. Guérison.

Mme P..., âgée de 42 ans, ordinairement bien portante, ayant eu, il y a dix ans, deux couches heureuses, se plaint d'une gêne légère avec douleurs vagues au moment de la miction, et elle prétend sentir une grosseur dans le vagin.

Par le toucher vaginal, on constate qu'il existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, lisse, oblongue d'avant en arrière et faisant corps avec la paroi antérieure du vagin.

L'examen au spéculum permet de constater une teinte légèrement verdâtre de cette tumeur qui, cependant, est revêtue par la muqueuse vaginale saine.

L'introduction d'une sonde dans l'urèthre permet de constater que ce canal est légèrement rétréci à deux centimètres du méat. Ce rétrécissement est expliqué par la présence de la tumeur intermédiaire entre le vagin et l'urèthre, et rend compte également des troubles légers que la malade éprouve pendant la miction.

La forme de la tumeur, la fluctuation apparente très

nette et la teinte particulière demi-transparente qu'elle présente, permettent d'affirmer qu'on a affaire à un kyste de la paroi antérieure du vagin.

Une ponction exploratrice pratiquée avec la seringue de Pravas permit de recueillir un liquide citrin, transparent, caractéristique.

La malade ne voulut se soumettre à aucune des opérations qui lui furent proposées et elle fut perdue de vue pendant un an environ.

Lorsqu'elle fut revue après ce temps elle raconta que, quelques semaines auparavant, elle avait été prise d'une violente inflammation dans le vagin, inflammation qui paraît avoir eu pour siège le kyste signalé plus haut; après une huitaine de jours, il se fit une perforation qui donna issue à une certaine quantité de pus et la tumeur sembla disparaître.

Toute trace d'inflammation ayant cessé, la malade se plaint actuellement de voir son linge taché continuellement par une certaine quantité de liquide sero-purulent.

Le toucher permet de constater au niveau de la partie occupée primitivement par la tumeur une masse légèrement indurée et aplatie.

Par l'examen au spéculam, on distingue très nettement vers la partie antérieure de cette masse une petite dépression rouge au fond de laquelle le stylet rencontre un petit pertuis qui lui permet de pénétrer dans une petite cavité, reliquat de l'ancien kyste. On propose une opération à la malade qui, cette fois, accepte. Elle est endormie, puis avec un stylet introduit jusqu'au fond de la cavité, comme guide, on fend, à l'aide du thermo-cautère, toute la longueur de la paroi vaginale du kyste.

On cautérise ensuite avec le nitrate d'argent toute la surface de la cavité kystique mise à nu et on fait un pansement ordinaire avec de la charpie ; il fallut encore cinq ou six semaines après l'opération pour obtenir une

guérison complète : c'est-à-dire la cicatrisation de granulations amenée dans la poche kystique par la cautérisation.

Observation VIII

(M. P. Guersant. *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, p. 187.)

Mélia Grain, âgée de 13 mois, est amenée à la consultation de M. le docteur Guersant, le 10 janvier 1854, pour une tumeur qui siège à l'orifice vulvaire. Cette enfant, qui semble être d'une bonne constitution, a été nourrie avec du lait de vache ; elle a été vaccinée, n'a jamais eu ni gourmes, ni ophthalmies, ni glandes au cou, ni fièvres éruptives, ni pneumonie. En un mot, elle n'avait jamais été malade, lorsqu'elle fut prise, vers le 1er novembre 1853 (les parents n'ont jamais su nous donner la date précise), et c'est à cette occasion que les parents s'aperçurent de l'existence d'une tumeur siégeant à l'orifice vulvaire, qui prît, en huit jours, un rapide accroissement, puis resta stationnaire.

L'enfant fut alors confiée aux soins de M. le docteur Dandré, de Nesle, qui a bien voulu nous donner les renseignements qui suivent :

La tumeur dont il s'agit siégeait à l'orifice de la vulve ; elle était globuleuse, de la grosseur d'une aveline, insérée par un pédicule unique, court, mais bien caractérisé sur la cloison urétro-vaginale, vers la demi-circonférence supérieure de la membrane hymen. Cette tumeur fut liée le 6 novembre 1853 ; elle tomba quelques jours après, et la surface de la plaie fut cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 18 décembre, M. le docteur Daudré fut appelé de nouveau : il y avait récidive : une tumeur peu élevée, à base très large, non pédiculée, occupait l'entrée du vagin

et une partie de l'orifice de l'urèthre, paraissant insérée comme la première fois sur la cloison urétro-vaginale. Cette tumeur était hérissée d'une foule de petites végétations, d'une couleur rouge brunâtre, ressemblant à de petits grains de raisin, d'une consistance molle et saignant facilement. Assisté d'un de mes confrères, M. le docteur Dandré comprit cette tumeur dans deux anses de fil, et en obtint, comme la première fois, la mortification. La plaie fut cautérisée avec le nitrate acide de mercure.

Cette seconde ligature avait été pratiquée le 21 décembre; et, le 7 janvier, M. le docteur Dandré était rappelé auprès de l'enfant : la tumeur avait repullulé. M. Dandré donna alors aux parents le conseil d'amener l'enfant à Paris, et de la confier aux soins de M. le docteur Guersant.

Le père et la mère sont d'une bonne santé : un des médecins qui ont vu l'enfant avait émis l'hypothèse d'une affection syphilitique ; les parents affirment qu'il n'y a à redouter aucun antécédent de cette nature. Ils n'ont pas non plus souvenir qu'il y ait eu dans la famille aucune affection analogue à celle de leur petite fille : ils n'ont pas d'autre enfant.

L'enfant n'a jamais eu d'écoulement sanguin par la vulve : depuis quelque temps elle tache son linge; elle urine très difficilement et souffre en urinant. Les garde-robes sont pénibles aussi.

Depuis que la seconde ligature a été pratiquée, l'enfant a éprouvé des troubles fonctionnels : elle a perdu l'appétit et beaucoup maigri ; elle a de temps en temps un peu de fièvre ; elle crie facilement. Elle a en ce moment de la diarrhée.

24 janvier. — La tumeur a beaucoup augmenté. Elle n'est plus lisse comme au début, elle est bosselée, et son aspect a beaucoup plus d'analogie avec celui que présentent les tissus de mauvaise nature. En pratiquant le toucher vaginal, on sent le cathéter qu'on vient d'introduire dans

la vessie ; mais en même temps, on peut se convaincre que la tumeur occupe la cloison vésico-vaginale.

L'enfant tousse assez habituellement, sans présenter à la percussion ou à l'auscultation aucun symptôme saillant. Elle refuse tout aliment, et ne prend plus qu'un peu de décoction de quinquina et de café. Elle a maigri et s'étiole.

31 janvier. — M. Guersant s'est résolu à porter aussi loin que possible, sur le pédicule de la tumeur, une ligature. Deux longues aiguilles courbes, portant chacune un fil double, traversant la base apparente des deux tumeurs ; les fils sont ensuite liés ensemble autour du pédicule, deux à deux, puis en masse. On a pris soin d'éviter de comprendre dans la ligature l'orifice uréthral. Pendant l'exploration qui a précédé la ligature, un flot de pus fétide est sorti du vagin ; en outre, M. Guersant a ramené avec le doigt cinq ou six lobes distincts de la tumeur ; l'un d'eux a cédé à la traction, et a été arraché. Il est de couleur blanchâtre, d'aspect gélatiniforme, et semble infiltré de sérosité ; il présente une certaine analogie avec les polypes muqueux des fosses nasales.

Une demi-heure après l'opération, la tumeur a déjà pris une teinte violacée ; l'enfant crie ; on lui donne une cuillerée à café de sirop diacode.

1er février. — L'enfant a été tranquille pendant toute la journée d'hier ; la nuit ne s'est pas aussi bien passée. La tumeur est noirâtre, l'enfant urine bien.

La petite malade a été calme toute la journée, je la trouve dormant paisiblement à ma visite du soir.

2 février. — Rien de nouveau. Une autre ligature circulaire est placée autour de la base de la tumeur, en prenant la précaution de placer un cathéter dans l'urèthre, et de le protéger par cela même.

3 février. — La tumeur ne tombant pas sous l'influence de la ligature et étant pour la malade un sujet d'infection permanente, M. Guersant prend le parti de l'exciser avec

des ciseaux courbes. La tumeur résiste assez au tranchant de l'instrument, ce qui s'explique par cette circonstance que nous avons constatée ensuite : que le centre de la tumeur formait un noyau qui avait jusqu'alors échappé à la mortification. L'excision est suivie d'un écoulement sanguin insignifiant que réprime facilement une cautérisation au crayon de nitrate d'argent. Un tampon de charpie est appliqué à la surface de la plaie. Je vois l'enfant une heure après, elle est assez tranquille. Mon collègue, M. Besnier, la voit à quatre heures du soir ; elle est assez bien ; état fébrile modéré ; il n'y a pas eu d'hémorragie, pas de convulsions, aucun phénomène grave.

Elle succombe à sept heures du soir.

Observation IX

(M. Demarquay.)

Gazette des Hôpitaux, 1860, p. 330.

Tumeur musculaire du vagin du volume d'un gros œuf. Ablation et guérison.

Mme C..., âgée de 40 ans, mariée à dix-neuf ans, n'a jamais eu de grossesse. Il y a environ trois ans, elle s'aperçut, en urinant, ou plutôt en essuyant les dernières gouttes d'urine dont la vulve était souillée au moment de la miction, de la présence d'une petite tumeur à l'entrée du vagin. Celle-ci augmenta insensiblement, ne révélant sa présence que par une certaine gêne qu'elle apportait dans le coït, sans causer jamais, du reste, la moindre sensation douloureuse.

C'est sur le conseil de son médecin qu'elle se décida, le 8 mai, à entrer à la Maison de santé, pour se débarrasser

de cette légère incommodité, dans la crainte qu'elle ne prit plus tard des proportions plus considérables. La malade étant placée sur le bord du lit, les cuisses fléchies sur le bassin, on aperçoit, s'échappant par l'orifice vulvaire, une tumeur rouge, à surface lisse et muqueuse, de la dimension d'un gros œuf de poule, qui fait penser immédiatement à un prolapsus utérin. Mais cette idée s'évanouit rapidement quand on pratique le toucher vaginal ; en effet, le doigt retrouve facilement, au fond du vagin, le col utérin, ses lèvres et son orifice ; en même temps, on constate que la paroi postéro-inférieure du vagin est parfaitement lisse et libre dans toute son étendue, tandis que la paroi opposée, antéro-postérieure, est le siège d'une tumeur que le doigt circonscrit avec la plus grande facilité et qui fait saillie à la vulve.

Enfin cette tumeur, visible à l'extérieur, se réduit avec la plus grande facilité, et se cache dans le vagin sous la plus légère impulsion, pour reparaître immédiatement quand on ordonne à la malade de faire des efforts d'expulsion.

Qu'était cette tumeur? Etait-ce une cystocèle? Etait-ce une production quelconque développé dans l'épaisseur de la paroi vaginale?

La premère hypothèse dut être écartée bientôt. Outre que la malade nous disait ne s'être jamais aperçue d'aucun changement de volume de la tumeur, soit que la vessie fut pleine, soit qu'elle fut vide, il fut facile de s'assurer, en introduisant une sonde dans le réservoir urinaire, qu'il était impossible, quelques manœuvres variées que l'on fit, de la sentir à travers les parois de la tumeur. Celle-ci étant donc manifestement développée dans l'épaisseur de la paroi vaginale antéro-postérieure, à un centimètre environ en arrière du méat urinaire, s'interposant au canal de l'urèthre d'une part, et de l'autre à la paroi du vagin. Restait enfin la question rela-

tive à la nature de cette production anormale. Une certaine sensation de fluctuation, la fréquence relative des collections liquides décrites par A. Huguier, firent écarter l'idée d'une production fibreuse, pour admettre celle d'un kyste.

Pour s'assurer du fait, M. Demarquay fit une ponction avec un trocart explorateur qui ne donna issue à aucune espèce de fluide. On en revint au diagnostic d'un corps solide développé dans la paroi vaginale.

L'opération fut extrêmement simple. Une incision longitudinale étant conduite sur toute l'étendue de la tumeur, M. Demarquay dissèque à droite et à gauche, et l'énucléation avec les doigts est achevée avec la plus grande facilité. A la partie postérieure et supérieure, la tumeur adhère par une sorte de trousseau fibreux, dont la résection est faite avec des ciseaux ; il est facile alors de retrouver au fond de la plaie la sonde qui glisse dans le canal de l'urèthre.

Nul écoulement sanguin, nul incident d'aucune sorte n'est venu compliquer cette opération ; la plaie s'est réunie simplement et rapidement, et, au bout de huit jours, la malade est sortie complètement guérie.

Observation X

(Félix Isnard.)

Union médicale, 1866, p. 278, vol. I.

Polype vaginal subissant la dégénérescence cancéreuse. — Opération. — Récidive. — Nouvelle opération et nouvelle répullulation. — Mort.

Mme L..., 36 ans, tempérament lymphatique, née de parents sains, elle s'est mariée à 30 ans et a toujours été parfaitement réglée.

En 1861, elle a un premier accouchement naturel.

Vers la fin de l'année suivante, elle commence à sentir à la paroi antérieure du vagin une *petite grosseur* qui n'attire pas sérieusement son attention.

Cette tumeur n'empêche ni la fécondation ni la gestation ; car, en octobre 1863, Mme L... met au monde, à huit mois, un second enfant qui ne vit que quarante-huit heures.

Durant cette deuxième grossesse, la tumeur qui n'est autre, comme on le verra plus tard, qu'un polype vaginal, a pris le volume d'un œuf de poule, qu'elle conserve sans s'accroître sensiblement. La santé reste bonne, et la malade peut travailler jusqu'au dernier jour.

Mais, à partir du moment de l'accouchement, les choses changent. Les menstrues n'apparaissent qu'une fois pour se supprimer définitivement. La tumeur, quoique ne déterminant aucune douleur, fait de rapides progrès ; elle occasionne des pertes sanguines, parfois assez abondantes, gêne l'émission des urines et des matières fécales.

Aucun traitement chirurgical n'est appliqué. La malade fait venir sa sage-femme, qui, croyant avoir affaire à un prolapsus utérin, ordonne un pessaire qui n'est pas longtemps supporté. Plus tard, elle réclame les soins d'un médecin ; mais, ne voulant se soumettre ni à l'application du spéculum, ni à un examen minutieux, elle s'en tient à des injections émollientes et des soins de propreté.

Je suis appelé le 9 juillet 1864. Voici son état :

Tumeur volumineuse faisant saillie au dehors de la vulve en écartant les grandes lèvres. Sa surface est irrégulière, ulcérée, et suppure sur plusieurs points.

Une exploration plus profonde me démontre qu'elle remplit toute la cavité vaginale distendue par elle, et qu'elle est implantée sur la paroi antérieure du vagin par un pédicule court, oblong dans le sens vertical et commençant immédiatement au-dessus du méat urinaire resté

sain. La main introduite dans le canal utéro-vulvaire, alternativement à droite et à gauche de la tumeur, circonscrit celle-ci tout autour de son pédicule. Je m'assure ainsi par le toucher que le col de la matrice et l'extrémité supérieure du vagin, dans une notable étendue, n'ont aucune connexion avec la production morbide accidentelle. Cette tumeur a la consistance des polypes muqueux, saigne au moindre contact et se laisse facilement écraser entre les doigts, si ce n'est à la base où l'on sent le pédicule beaucoup plus ferme. Elle n'est nullement douloureuse ; mais elle gêne par son volume, par l'odeur fétide qu'elle répand et par la difficulté qu'elle apporte à la miction, à la défécation ainsi qu'à la progression, la malade étant forcée, pour marcher, de se courber en avant et d'écarter les jambes. Au sein gauche, petite tumeur indolente, bosselée, mobile sous la peau, du volume d'une petite noix et d'apparence quelque peu cancéreuse. Son début remonte à quelques mois après l'apparition de la production accidentelle du vagin. Emaciation ; teint jaunâtre ; pas de fièvre ; appétit à peine diminué.

Je diagnostique un polype vaginal subissant un commencement de dégénérescence cancéreuse et j'en propose l'extirpation que Mme L... accepte avec foi.

Première opération. — Le 11 juillet 1864, je pratique l'ablation du polype au moyen de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. L'état d'anémie dans lequel se trouve la malade, par suite des pertes de sang nombreuses qu'elle a éprouvées, et le mode d'implantation du polype par un pédicule unique et résistant détermine le choix du procédé opératoire et de l'instrument.

Pour cela, la malade était convenablement couchée sur le dos, les cuisses écartées, une sonde droite en argent est préalablement introduite dans le canal de l'urèthre. Malheureusement, bien que je la fasse cheminer avec lenteur et prudence, son bec perfore facilement la paroi

postérieure du canal et entre dans la production anormale ; il m'est aisé de la retirer de cette fausse route et de pénétrer dans la vessie, mais j'acquiers par là la triste conviction que le mal est peut-être plus profond que je ne pouvais le penser d'abord et que sa base sera plus difficile à extirper radicalement. Je persiste néanmoins dans mon premier plan opératoire ; bien décidé à détruire par la cautérisation ce que l'instrument pourrait laisser après lui de tissu morbide. En conséquence, je confie cette sonde à un aide et j'adapte à la chaîne de l'écraseur, trop courte pour embrasser tout le pédicule du polype, un petit cordonnet de chanvre dit *ficelle de fouet*. Celle-ci était fixée au bouton d'une sonde de Bellocq, qui doit servir de conducteur ; je l'introduis dans le vagin le long du pourtour gauche du pédicule ; arrivé à l'extrémité supérieure de ce dernier je pousse le ressort de la sonde et, avec l'indicateur de la main gauche, je saisis le long du pourtour droit du pédicule le cordonnet qui a ainsi embrassé dans ce trajet tout le col rétréci de la tumeur. La sonde de Bellocq étant dégagée et la ficelle accrochée à l'écraseur, je fais manœuvrer l'instrument qui, après une demi-heure, amène au dehors, sans beaucoup de douleurs ni de sang, la tumeur toute entière.

La sonde uréthrale est alors retirée de la vessie, et, une injection simple étant faite dans le conduit utéro-vulvaire, j'applique le speculum afin de bien m'assurer de l'état des parties. Le col utérin est parfaitement sain, sans érosion ni rougeur, ainsi que l'extrémité supérieure ou ampoule vaginale dans une hauteur de deux travers de doigt environ. L'écraseur a enlevé toute la tumeur, autant que la chose était possible et tout aussi profondément qu'eussent pu faire des ciseaux.

La plaie résultant de la section du pédicule mesure une surface elliptique de six centimètres de haut sur deux de large : elle montre le canal de l'urèthre ouvert vers le

milieu de son trajet. Le méat urinaire est complètement épargné. Tout le reste du vagin, en arrière et sur les côtés, est à l'état normal.

Je complète alors l'opération par la cautérisation de la base d'implantation du polype au moyen du nitrate acide de mercure.

Examen de la tumeur. — Elle est globuleuse, du volume des deux poings, mesurant 88 centimètres de circonférence. Sa surface, dans toute la portion contenue dans le vagin est rougeâtre et lisse, avec quelques légers sillons se dirigeant de la base vers l'extérieur ; elle est irrégulière, mamelonnée, grisâtre, et comme gangrenée dans la portion située hors la vulve.

Divisée avec le scalpel, elle est molle, pulpeuse, d'un tissu homogène et en tout semblable à celui des polypes muqueux des fosses nasales, facile à écraser entre les doigts et laissant suinter alors de la sérosité et du sang. La base, c'est-à-dire la partie qu'adhérait au pédicule, est, presque en tous points, fibreuse ou lardacée, criant sous le scalpel : cette portion indurée qui mesure sur la tumeur une calotte sphérique de deux centimètres environ de hauteur, envoie néanmoins, ça et là, dans la masse polypeuse des prolongements irréguliers, sorte de ramifications de tissu dégénéré.

Observation XI

(M. Paquet)

(*Bulletin médical du Nord*, 1882, p. 65)

Tumeur fibreuse du vagin

Il y a quatre mois, je fus appelé à Douai, près d'une dame qui avait fait une fausse couche, quelque temps auparavant. En l'examinant, je trouvai sur la paroi latérale

gauche du vagin, à un centimètre et demi environ, de l'insertion de ce canal, sur le col, une tumeur dure de la grosseur d'une noix. La dureté de cette tumeur, la sensation qu'elle donnait au toucher, ne permettaient de songer ni à une hernie, ni à un lipome. L'état général de la malade excluait aussi l'idée d'un cancer. Je portai le diagnostic de tumeur fibreuse.

L'opération fut facile ; il faut, cependant, dans cette région, inciser avec précaution. On s'exposerait, en effet, si on allait trop loin, à pénétrer, dans le ligament large. Il faut aussi éviter l'artère vaginale. Je me suis servi du spéculum de Denonvilliers, auquel je donne toujours la préférence dans les cas analogues. J'ai pu arriver ainsi, facilement, sur le fond du vagin, et pratiquer mon incision avec sécurité, après avoir eu soin, toutefois, de rechercher les battements artériels. Dès que mon incision fut faite, je suivis les préceptes de l'école de Dupuytren, et énucléai la tumeur avec les doigts. Elle portait, sur la face profonde, un petit pédicule qui est encore visible.

Cette tumeur est absolument fibreuse. Du moins dans les coupes que nous avons faites, M. Tourneux et moi, nous n'avons trouvé que du tissu fibreux. Peut-être en complétant l'examen, rencontrerait-on du tissu musculaire.

Observation XII

(Ch. Espezel)

(*Bulletin général de thérapeutique,* 1838, vol. 14, p. 299.)

Sur une énorme polype vaginal, traité et guéri par la ligature

La demoiselle Claire Barrière, âgée de 40 ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatique, avait

joui jusqu'en 1831, d'une assez bonne santé; à cette époque, la malade éprouva, pour la première fois, des pertes blanches abondantes, avec douleurs légères aux reins, à la région hypogastrique, ces pertes presque continuelles étaient tous les mois et, durant trois à quatre jours, remplacées par un écoulement rouge; cet état de choses persiste jusqu'en 1835 ; alors les pertes blanches et rouges alternèrent en quelque sorte, les douleurs devinrent plus vives, et se firent surtout sentir dans l'intérieur des parties génitales, et les forces diminuèrent de jour en jour.

Au mois de novembre 1837, la malade reconnut qu'un corps volumineux et dur se présentait à la vulve, la marche devint presque impossible, les pertes continuèrent : aucun homme de l'art ne fut appelé.

Le 28 janvier 1838, la demoiselle Barrière, après avoir éprouvé des douleurs atroces, se sentit tout à coup soulagée, le corps dur et volumineux avait franchi le vagin; un écoulement considérable de matières purulo-sanguinolentes accompagna cette espèce d'accouchement.

Mon confrère, le docteur Salva, mandé à l'instant, reconnaît un polype et me prie de me joindre à lui pour donner des soins à la malade.

Le 29, je constate qu'il s'agit en effet d'un polype, mais d'un polype énorme que je considère avant toute exploration comme provenant de la matrice ; la tumeur, au moins du volume du foie d'un adulte, ressemblait assez bien à un champignon et tenait à un prolongement très considérable, qui la maintenait fortement appliquée contre les parties génitales externes ; ce prolongement, aussi gros que l'extrémité inférieure de mon avant-bras était sensiblement aplati d'avant en arrière, remplissait exactement le vagin, rendait toute exploration bien difficile, et je le pris pour le *pédicule* du polype ; en introduisant péniblement le doigt indicateur de la main droite, je reconnais que le *pédicule* offrait partout où je pus arriver, le même

volume ; avec mon idée préconçue, un léger bourrelet assez exactement circulaire formé par la muqueuse vaginale, fut pris par moi pour le pourtour aminci du col utérin à travers lequel s'engageait l'extrémité du *pédicule* que mon doigt ne pouvait atteindre.

Le *pédicule* lisse et dur me parut avoir près de cinq pouces de long ; la portion visible à l'œil était d'un blanc rosé, sur divers points on percevait de légers battements artériels ; la tumeur, molle dans certaines parties, plus dures dans d'autres, présentait plusieurs bosselures et je la jugeai de nature lardacée.

La longue exploration à laquelle je venais de me livrer, donna lieu à une hémorrhagie fort inquiétante, que je parvins néanmoins à arrêter à l'aide des réfrigérants.

Après une consultation à laquelle prit part M. Molinié, chirurgien distingué de Linoux, on confirma le diagnostic que j'avais porté, en décidant que la méthode opératoire qui offrait le plus de chances de succès était la ligature du pédicule, mais une ligature double de manière à obtenir deux pédicules secondaires étroitement serrés.

La malade était dans un état d'épuisement extrême, je lui laissai deux jours de repos pour la préparer à l'opération.

Le 1er février, assisté du docteur Salva, je procédai à la ligature du pédicule de la manière suivante : la malade placée comme pour l'opération de la taille, un aide pressa sur l'hypogastre pour abaisser la matrice pendant que je tirai sur la tumeur pour allonger le *pédicule ;* mais ce fut en vain, la tumeur appliquée contre les parties génitales externes gêna beaucoup la manœuvre ; une longue aiguille courbe, armée d'un double fil ciré, fut portée le long de la face antérieure du pédicule aussi haut que possible ; je traversai ce pédicule et liai séparément chacune des deux moitiés : du côté droit la constriction fut portée tellement loin que je divisai toute la portion du *pédicule* comprise

dans l'anse du fil et cela presque sans écoulement sanguin; le polype ne tenait donc à la matrice que par la moitié gauche du pédicule.

Pendant l'opération, spasmes, nausées; après, malaise général, pouls petit, hoquet fréquent, nuit agitée; potion calmante.

2 février. — Au matin, je serre de nouveau le nœud ; à l'instant douleurs vives, quelques moments après, légers vomissements de matières muqueuses, affaissement, hoquet, défaillances; dans l'après-midi le calme renaît peu à peu; sommeil assez pénible, potion calmante, tisane d'orge, lavement.

3 février. — La malade n'accuse que quelques douleurs légères dans la région hypogastrique ; trois bouillons, un lavement.

4 février. — La portion du *pédicule* comprise dans la ligature est réduite au volume du petit doigt ; aussi, pour relever le moral de la malade, j'achève la section avec le bistouri, léger écoulement sanguin.

Une fois la tumeur enlevée, je voulais sans désemparer aller à la recherche de la portion du *pédicule* restant, mais, cédant mal à propos aux sollicitations de la malade, je renvoyai l'opération au lendemain. Le lendemain tout est changé de face: les commères du village avaient eu le temps d'exercer leur funeste influence; la malade débarrassée de la tumeur se crut sauvée et ne voulut à aucun prix permettre la moindre exploration; nous nous bornâmes donc à prévenir les accidents. La suppuration fut presque nulle, le mieux se fit sentir de jour en jour et, le 12 février, nous cessâmes nos visites.

Examen du polype. — Incisé sur plusieurs points, on reconnaît de la manière la plus claire la nature du tissu lardacé ; quelques grosses veines se présentent çà et là. La portion du *pédicule* enlevée avait plus de trois pouces de long et présentait à son centre une ouverture se termi-

nant en cul-de-sac tapissée par une muqueuse très lisse ; ce pédicule était un peu dur et ressemblait assez à du tissu fibreux ; pesée après huit jours de macération, la tumeur donna deux livres moins deux onces.

Vers la fin de février, notre malade nous fit appeler pour voir sa jambe et son pied gauche un peu tuméfiés, nous lui conseillâmes quelques moyens en renouvelant nos instances, mais inutilement. Le 15 mars, elle nous manda de nouveau. Arrivé auprès d'elle, nous la trouvâmes assise au coin du feu, mais triste et se lamentant beaucoup. « La tumeur, nous dit-elle, est revenue ». En effet, une petite tumeur d'un rouge violet, offrant une cicatrice linéaire, se présentait à la vulve. En portant le doigt dans le vagin, je reconnus aussitôt la double erreur commise ; la petite tumeur tenait à un pédicule très court et fort étroit fixé au fond du vagin sur la paroi latérale droite. Le lendemain 16 mars, j'attire autant que possible la tumeur au dehors, je glisse des ciseaux courbes sur le plat le long du doigt indicateur et j'excise le petit pédicule en rasant en quelque sorte la muqueuse vaginale : légère hémorrhagie, injection d'eau froide, puis introduction du spéculum et cautérisation de la place avec le nitrate d'argent ; tout cela se fit sans douleur aucune, la journée se passa très paisiblement. Le lendemain 17, je trouve la malade se promenant dans sa chambre ; elle est fort tranquille et demande à manger, ce qu'on lui accorde. Le 19, nouvelle cautérisation, le vagin est entièrement libre et le col utérin à l'état sain. Le 20, la malade se livre à quelques soins du ménage ; tout va pour le mieux. Aujourd'hui, 31 mars, la guérison est définitive, aucune perte n'est survenue depuis la première opération.

Observation XIII

(Dr Van Hassel, Pâturages.)

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie, 1900, vol. 10, p. 234.

Fibrome et sarcome.

Mme veuve N... est âgée de 52 ans ; elle est mère de sept enfants, dont une fille de 18 ans, atteinte d'un mal de Pott (hérédité paternelle) ; elle n'a jamais été malade. Il y a neuf ans déjà qu'elle constata, pour la première fois, dans l'épaisseur de la grande lèvre droite, l'existence d'une tumeur qui avait déjà alors le volume d'un gros œuf de pigeon. Jusqu'au mois de juin dernier, cette tumeur ne se développa que très peu et n'occasionna aucune gêne à la malade ; mais, à partir de cette date, elle s'accrut considérablement et devint le siège de douleurs lancinantes. Il se produisit en même temps du ténesme rectal et vésical. Il y eut aussi des frissons violents et fréquents.

Lors de mon examen, la grande lèvre droite était largement distendue et gonflée, depuis le pubis jusqu'au-delà de l'ischion ; elle présentait l'aspect d'un énorme kyste de la glande de Bartholin, même un certain degré de fluctuation venait appuyer cette apparence. Mais c'était plutôt la fausse fluctuation que l'on rencontre dans certains fibromes. La tumeur était mobile sous la peau. L'ouverture vaginale et l'ouverture anale étaient déviées latéralement à gauche. Non seulement il y avait de la gêne dans la marche, mais aussi des troubles dans la miction et dans la défécation.

L'opération fut relativement aisée, mais fort délicate. Après une longue incision verticale, je mis à nu une tumeur encapsulée que je dus disséquer prudemment pour la

séparer du rectum, du vagin et de la vessie. De l'autre côté, elle se détacha aisément. Vers le pôle supérieur, je trouvai un pédicule qui s'enfonçait vers le haut, derrière le pubis. Je liai ce pédicule, le sectionnai et pus alors enlever le néoplasme en totalité.

Tout le creux ischio-rectal était vide. Il formait une vaste poche sillonnée d'un réseau de veines variqueuses. Toute la surface était le siège d'une hémorrhagie en nappe assez abondante. Après une large irrigation très chaude d'eau formolinée, je fermai la poche par une série de sutures en étages, et je bourrai le vagin le plus que je pus de gaze iodoformée, afin d'exercer ainsi latéralement une forte compression sur les parois affrontées de la cavité saignante.

Les suites opératoires furent très bonnes. La tumeur, confiée à M. le docteur Herman, directeur du laboratoire de bactériologie, fut examinée et reconnue comme étant constituée par un fibrome pur.

Un mois déjà après mon intervention, la même région commença à se tuméfier. Le gonflement s'accentua et prit très vite un fort développement.

Deux mois après, la malade vint me voir et je constatai l'existence d'une tumeur d'un volume aussi considérable que la première au jour de mon opération. Le néoplasme s'était même plus élevé vers le pubis et plus avancé vers le coccyx ; il n'était plus mobile sous la peau, à laquelle il adhérait surtout sur la cicatrice, et il semblait accolé à la branche montante de l'ischion ; il bombait fortement dans le vagin, et là on sentait manifestement une zone de fluctuation. J'y fis une ponction avec l'aiguille de Deroubaix, et il en sortit deux à trois cuillerées à soupe d'un liquide séro-sanguin.

Quelques semaines après, le développement s'était tellement accru, qu'il existait des troubles considérables de la miction et de la défécation ; même dans les derniers temps, la rétention des urines fut complète, au point de

nécessiter des cathétérismes fréquents. La malade souffrait beaucoup et s'émaciait de plus en plus. Je fus appelé pour intervenir à nouveau.

En quatre mois, la tumeur nouvelle avait acquis un volume double de celui de la tumeur primitive. La peau était tendue et violacée. Sur l'incision interventionnelle, aux points d'entrée et de sortie des fils, ainsi qu'à l'endroit de ma ponction dans le vagin, il existait de petits bourgeons ulcérés. Ma technique opératoire fut la même que précédemment, si ce n'est que mon incision fut elliptique, afin d'enlever la cicatrice et les points d'issue des fils. Mais sitôt la peau incisée, je trouvai des tissus ramollis et pulpeux que j'enlevai par morceaux avec les doigts et les ciseaux. Je dus réséquer la paroi latérale droite du vagin, ainsi qu'une partie de la paroi latérale droite de la vessie, envahies par le néoplasme. Tout le périoste de l'ischion, de la branche montante et du pubis était considérablement hypertrophié. Après réfection du vagin et de la vessie, je curettai de mon mieux cette vaste cavité, je la bourrai de gaze et je suturai.

Quelques jours après, la malade mourut subitement d'un syncope.

La tumeur récidivée était constituée par du tissu sarcomateux.

Observation XIV

(Rocheblave)

Gualtherius van Dœveren. *Specimen observationum academicarum ad monstrorum...* Groningal et Lugduni Batav., 1765, cap. IX, p. 139-149.

Une femme primipare de 30 ans est en travail depuis 24 heures ; les eaux se sont écoulées, une hémorragie s'est produite et persiste. Une tumeur de la grosseur de la

tête d'un nouveau-né, ronde, charnue, recouverte d'une muqueuse lisse, sanglante, noire par place, est sillonnée de veines gonflées et remplit le vagin. Le pédicule s'insère à la paroi antérieure du vagin. Walter van Dœveren attire la tumeur à l'extérieur, tord le pédicule, enlève la tumeur qui pèse une demi-livre. L'accouchement se fait bien. L'enfant était mort et fortement macéré. L'hémorragie cesse. Les lochies sont fétides ; la malade a de la dysurie, des crampes dans la vessie et de la diarrhée; elle guérit.

Observation XV

(Demarquay-Mussoud)

La Lancette française, Paris, 33e année, n° 83, p. 330-331, 1860.

Une femme de 40 ans n'a jamais été enceinte ; elle est mariée depuis l'âge de 19 ans. Une tumeur indolore, qu'elle a remarquée depuis trois ans, gêne le coït et fait saillie entre les grandes lèvres ; elle a la grosseur d'un œuf de poule, est fixée à la paroi antérieure du vagin, 1 centimètre au-dessus du méat, paraît rouge et est recouverte d'une muqueuse lisse. Une ponction n'amène pas de liquide. La muqueuse est incisée ; la tumeur énucléée ; le pédicule coupé avec des ciseaux. L'hémorragie est peu importante. Guérison.

Les lèvres de la plaie se réunissent par première intention.

Examen microscopique. — Tissu fibreux sillonné de vaisseaux sanguins avec fibres musculaires lisses.

Observation XVI

(Ollivier)

La Lancette française, 34e année, Paris, ne 95, p. 378, 1862.

Une femme de 37 ans a eu dix accouchements, le dernier depuis quatre ans.

Tout a bien marché ; elle a toujours été bien réglée, mais ses époques retardent. Un corps mou, charnu, sort du vagin ; elle croit à un prolapsus utérin. Ce n'est qu'une partie de la tumeur du vagin qui est fixée par un large pédicule à droite et dévie l'utérus à gauche. La tumeur est attirée à l'extérieur ; une ligature est jetée sur sa base ; deux jours après les ciseaux enlèvent la tumeur. L'hémostase est faite avec des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer. Un peu de fièvre. Guérison.

Poids de la tumeur : 1.200 à 1.300 grammes.

Observation XVII

(Rochelt)

Wiener medicinische, Presse, 1882, n° 6, p. 178.

Une femme de 32 ans, non mariée, se plaint de gêne et de pesanteur dans le vagin. Les menstrues, quoique abondantes, sont régulières. A 3 centimètres au-dessus de la vulve, sur la paroi antérieure du vagin, un peu sur la droite, est une tumeur élastique, lisse, de la grosseur d'une noix ; la malade ignore depuis quand elle en est porteuse. Rochelt énuclée la tumeur, fait des points de suture, draine, tamponne avec du coton imbibé de glycérine phéniquée. Guérison en dix jours.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Observation XVIII

(Fischer)

Zeitschrift für Wundärzte, etc., Bd. 38, Heft, 3, 1878.

Une femme primipare a une tumeur de la paroi vaginale antérieure grosse comme une noisette; elle est très gênante pour le coït. Trois ans plus tard, elle atteint le volume d'un poing d'homme. La femme est au 7e mois d'une deuxième grossesse. Fischer coupe le pédicule de la tumeur avec des ciseaux courbes, et à l'époque voulue, la femme accouche d'un enfant vivant.

Examen microscopique : Fibrome.

Observation XIX

(Wilson)

Med. Times and gaz., avril 1876, p. 360.

Une enfant de deux ans et demi, bien portante jusque-là, a depuis un mois des écoulements vaginaux, parfois elle perd du sang. Elle a des douleurs dans le ventre. En urinant elle crie; soudain une tumeur de la grosseur d'une orange fixée à la paroi postérieure du vagin sort de la vulve. On chloroformise la malade, on lie le pédicule et on coupe la tumeur au-dessus de la ligature. Pas d'hémorragie.

Examen microscopique. — Fibro-myome.

Observation XX

Communication de M. le Dr Lemoine.

Mme X..., 38 ans, habitant les environs de Lille, vint trouver (Mai 1900) M. le Dr Lemoine à sa consultation

particulière pour des douleurs dans le bas-ventre et des difficultés d'uriner. A l'examen, on trouve un fibrome du col utérin, faisant saillie dans le cul-de-sac latéral gauche et envahissant le vagin sur une assez longue surface. La malade ne s'est pas représentée à la consultation.

Observation XXI

(Mme Kascherawora)

Myome à fibres striées ou Rhabdomyome myxomateux du vagin.

Au mois de Février 1869 fut reçue à la clinique de M. le professeur Seyffert, à Prague, une jeune fille de 15 ans, Françoise Stephan, de taille moyenne et de constitution assez forte. Jusqu'alors, elle n'avait pas encore eu ses règles. Peu de temps avant son entrée à la clinique, elle ressentit en urinant un certain malaise dans le bas-ventre, ce qui la contraignit à consulter un médecin. Un examen objectif de la malade amena la découverte d'une tumeur fixée à la paroi antérieure du vagin par un pédicule de peu d'épaisseur. On crut avoir affaire à un polype muqueux, qu'une opération fit bientôt disparaître. Pendant l'opération, aucune perte de sang ne se produisit, la plaie se referma en peu de temps, et, au bout de dix jours, la malade était guérie et quittait la clinique. Mais elle y revint six semaines plus tard (à la fin d'Avril). C'est à cette époque que j'ai pu la voir et l'examiner.

Je trouvai une toute jeune fille d'une santé florissante, dont tous les organes, à l'exception des organes génitaux, étaient absolument normaux.

Voici le résultat de l'examen des organes génitaux :

Les parties externes étaient parfaitement saines, mais

n'avaient pas encore atteint leur complet développement et n'étaient pas couvertes de poils ; la situation et les dimensions de l'utérus étaient normales, sans aucune modification pathologique ; la muqueuse du vagin était rougeâtre. Sur la paroi antérieure on apercevait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui était retenue par un pédicule assez large : la surface de cette tumeur était rugueuse, la couleur était la même que celle des autres parties du vagin. Le tissu en était si lâche qu'on pouvait facilement en détacher des morceaux avec le doigt, ce qui provoquait chez la malade des douleurs assez vives. En les examinant au microscope, on pouvait déjà distinguer dans ces pièces une couche épithéliale, ressemblant assez à la muqueuse du vagin, et, au-dessous, un tissu qui faisait partie de la tumeur même. Ce tissu avait la couleur et la consistance du saumon fumé et contenait une certaine quantité de sang. Sur la coupe fraîche on ne pouvait obtenir ni en pressant, ni en grattant avec un couteau, un liquide trouble. Lorsque l'on grattait avec un couteau, en l'appuyant fortement, on exprimait un liquide clair, mêlé de morceaux détachés de la tumeur. Pendant le séjour de la malade à la clinique, la tumeur augmenta très rapidement de volume.

M. Seyffert en détachait de temps en temps des morceaux pour les soumettre à un examen anatomique et à la fin de mai, il enleva une partie de la tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Il me remit cette pièce pour que j'en fisse l'examen minutieux au microscope, en me priant de préparer des coupes microscopiques qui serviraient à des démonstrations pour ses auditeurs. Après que cette partie considérable de la tumeur eût été enlevée, la malade fit une poussée de pelvipéritonite avec fièvre assez forte. A partir de ce moment, son état empira très rapidement, l'appétit disparut, le sommeil était agité et troublé par le délire, l'inflammation apparut à plusieurs endroits de la

tumeur qui dégageait une mauvaise odeur; mais cette inflammation n'entravait en rien la croissance de la tumeur, qui, le 30 juin, avait déjà la grosseur d'une tête d'enfant. Les forces de la malade baissaient à vue d'œil, les douleurs dans le bas-ventre lui interdisaient tout repos, et peu après la fin du semestre elle mourut. Je regrette de ne pas avoir pu prendre connaissance du procès-verbal de l'autopsie, car j'avais quitté Prague après la clôture du semestre. Mais la partie de la tumeur qui me fut remise était si grande, que j'ai pu déterminer exactement la nature histologique de cette néoplasie. Après avoir procédé à un examen provisoire de la tumeur à l'état frais, pour les coupes microscopiques, je la plaçai dans du liquide de Muller, elle devint si dure que, sans avoir besoin de la traiter par l'alcool (esprit) on pouvait en couper des tranches très minces.

Je voudrais maintenant répondre aux questions suivantes : A-t-on affaire ici à une néoplasie simple ou complexe? Cette néoplasie présentait-elle après son développement le caractère d'une tumeur homologue ou d'une tumeur hétérologue? Par suite, faisait-elle partie des bonnes, ou des mauvaises productions ?

J'examinai les coupes microscopiques avec le système Hartnack VII et X. Les premières préparations montraient déjà que la tumeur était très riche en éléments celluleux qui, à certaines places, étaient situés assez près les uns des autres ; mais, à certains autres endroits, on apercevait entre ces éléments une quantité assez considérable de substance intercellulaire. Dans les éléments de la tumeur, comme le montra toute une série de diverses parties de la même préparation, on distinguait deux catégories de cellules essentiellement différentes. Toutes ces cellules variaient quant à la taille et la forme. Les unes étaient rondes, de la grandeur d'un globule blanc ou deux fois plus grandes, les autres affectaient une forme ovale,

quelques-unes étaient fusiformes et pourvues d'appendices plus ou moins longs, d'autres, enfin, avaient la forme d'une étoile. Mais la différence essentielle de ces éléments n'était pas dans la taille et la forme, mais dans leur structure interne. Les cellules de la première catégorie présentaient le caractère du tissu conjonctif jeune ; elles n'avaient pas d'enveloppe et se composaient d'un protoplasma trouble, terne, opaque, qui réfractait assez fortement la lumière : ce protoplasma renfermait un noyau, quelquefois plusieurs, de dimensions relativement considérables. A l'aide du microscope, on apercevait dans le tissu de la tumeur un grand nombre de vaisseaux, pour la plupart de l'espèce des vaisseaux capillaires : on pouvait ainsi remarquer que les jeunes cellules dont il vient d'être question étaient striées surtout le long des vaisseaux, tandis que les cellules pourvues de longs appendices, c'est-à-dire celles en forme de fuseau et d'étoile, se trouvaient à une certaine distance de ces vaisseaux. La disposition topographique de ces dernières cellules correspondait au type du tissu conjonctif : les cellules fusiformes parallèles les unes aux autres, formaient des faisceaux qui se dispersaient dans différentes directions ; les cellules en forme d'étoile reliées les unes aux autres par leurs prolongements, étaient disposées en réseaux plus ou moins épais avec diverses quantités de substance intercellulaire. Cette substance, qui remplissait les espaces libres de ces réseaux, ou qui, accumulée entre les cellules fusiformes, les séparait plus ou moins les unes des autres, était tantôt homogène, tantôt trouble ; on y trouvait de place en place de minces filaments de mucus et on y constatait la réaction de la mucine.

De la précédente description, il résulte que nous avons affaire à un tissu muqueux embryonnaire avec ses formes transitoires d'éléments à cellules rondes, à des éléments plus mûrs. Si la tumeur avait été formée exclusivement,

ou au moins en grande partie par ce tissu, on aurait pu donner à celui-ci le nom de tissu myxomateux. Mais ce tissu myxomateux ne formait pas la partie principale de la tumeur et, par suite, il n'entre pas en question pour le cas présent.

Sans doute, parmi les coupes, il s'en trouvait qui ne possédaient autre chose que des tissus myxomateux et des vaisseaux, mais la plupart des préparations, surtout lorsqu'on les examinait avec le système d'immersion IX, montrèrent que la plus grande partie de la tumeur ne se composait pas d'éléments appartenant au type du tissu conjonctif. Au contraire, la plupart des éléments, comme il a été dit plus haut, se distinguaient essentiellement, par leur structure, des éléments myxomateux, bien que leur forme extérieure ressemblât beaucoup à celle de ces derniers. En effet, les cellules n'étaient pas uniformes, dans chacune d'elles, on pouvait remarquer une structure compliquée ; dans les cellules plus anciennes, qui affectaient encore une forme ovale, et n'étaient pourvues que d'un seul appendice, on apercevait d'ordinaire, vers l'un des bords, une série de points sombres ayant la forme d'une ligne striée très mince. A côté de ces cellules s'en trouvaient encore d'autres dans lesquelles on distinguait déjà deux ou trois lignes, dont la longueur correspondait à celle de la cellule même.

Dans les longues cellules fusiformes, on pouvait souvent voir ces lignes striées les traverser sans interruption de l'extrémité d'un appendice à l'extrémité de l'autre.

Dans les cellules pourvues de plusieurs appendices, on pouvait voir, à certains endroits, que les lignes striées passaient le long de tous les appendices ; il suffisait de regarder ces cellules pour reconnaître de quelle espèce de tumeur il s'agissait et à quel type appartenait ce tissu (1).

(1) Pendant mon séjour à Bonn, j'ai eu l'honneur de faire devant M. le professeur Rindfleisch mes préparations avec ces cellules où se montrent les lignes striées.

Celui qui a examiné le développement des muscles striés, par exemple sur la langue d'un têtard, serait immédiatement convaincu que les lignes striées de cette tumeur ne sont pas autre chose que les fibrilles en train de se développer d'un tissu musculaire strié, et que ces fibrilles se forment du protoplasma des cellules de la façon qu'a décrite Max Schultze. Outre ces éléments qui montrent la première phase du développement, on observa des cellules accusant une formation plus récente et plus mûre des fibres musculaires. Quelques longues cellules fusiformes, non seulement possédaient des fibrilles séparées, mais encore elles apparaissaient striées dans toute leur masse. Enfin, dans quelques préparations, on vit aussi des corps striés qui étaient fondus ensemble et formaient de véritables fibres musculaires cylindriques. Ce dernier phénomène nous fit acquérir la conviction définitive que nous avions affaire, non pas à des éléments musculaires lisses qui, comme on sait, ont aussi dans certains cas un aspect strié, mais à un véritable tissu musculaire strié. Ce tissu était formé d'après le type des muscles volontaires, parce que les fibres musculaires lisses ne forment jamais de fibres cylindriques que les cellules fusiformes des muscles lisses ne se fondent jamais ensemble et que leurs stries, quoiqu'elles existent, n'affectent jamais la forme de fibrilles linéaires séparées. Pour cette raison, nous affirmons que nous avions dans ce cas, non pas une tumeur composée de fibres musculaires lisses, mais une tumeur composée de fibres musculaires striés — cette dernière est d'ailleurs beaucoup plus rare dans l'organisme humain que l'autre. — Quant à la présence dans notre tumeur d'un grand nombre d'éléments musculaires qui conservaient encore la forme des cellules embryonnaires ou sarcoplastes, elle ne sert qu'à montrer que la tumeur en question se distingue par une croissance très rapide et une prolifération inaccoutumée de ses éléments. Toutes les tumeurs dont l'accroissement est

rapide se caractérisent, comme on sait, par ce fait que leurs éléments n'atteignent pas le plus haut degré du développement qu'ils doivent avoir à l'état physiologique, mais qu'ils restent habituellement dans les phases primitives de leur développement ; ce dernier fait est la cause de la malignité de ces tumeurs. Nous verrons plus loin que cette tumeur, à un certain point de vue, était également maligne.

La situation des éléments que nous avons décrits était assez différente. A certaines places ils étaient parallèles, situés les uns à côté des autres, et formaient une sorte de faisceau ; mais à d'autres endroits leur disposition n'était pas régulière, c'est-à-dire que les divers éléments apparaissaient séparés dans les préparations et mélangés avec des cellules myxomateuses. Pour ce qui est de la relation des éléments entre eux, ils étaient par endroits très serrés les uns contre les autres, à certaines autres places ils étaient séparés par des quantités plus ou moins grandes de substance intercellulaire, tantôt homogène, tantôt fibreuse. En dehors des éléments de ces deux catégories que nous venons de décrire, je n'en ai pas trouvé d'autres. Sur les coupes, que j'avais faites perpendiculairement à la surface de la tumeur, je constatai que la tumeur était recouverte à sa surface d'un épithélium pavimenteux composé de plusieurs couches, et qui contenait de nombreuses cellules dentelées, mais qui, comparé à l'épithélium normal du vagin, n'offrait en somme aucune particularité. La membrane muqueuse elle-même accusait des changements considérables sous le rapport de la structure : Premièrement, on n'y voyait plus trace de papilles, on ne pouvait plus y distinguer le tissu conjonctif du tissu musculaire. La membrane muqueuse était complètement absorbée dans le tissu de la tumeur. On voyait aussitôt en dessous de l'épithélium de cette dernière les éléments de la tumeur décrite plus haut, — d'où l'on peut conclure

que la membrane muqueuse formait le terrain primitif du développement de la tumeur. Malheureusement je ne peux pas, n'ayant pas eu en mains le compte-rendu de l'autopsie, indiquer de combien s'enfonçait la tumeur au-delà des limites de la membrane muqueuse.

En ce qui concerne les métamorphoses régressives ou progressives que l'on pouvait croire probables dans la tumeur donnée, je n'en ai trouvé aucune dans la pièce que j'avais à examiner. Le développement considérable des vaisseaux dans cette tumeur assurait au tissu une nourriture régulière et suffisante, bien que les éléments de la tumeur s'accrussent rapidement, c'est pourquoi je n'ai remarqué sur aucune des coupes de trace de métamorphose régressive du tissu, Mais, par suite d'obstacles très naturels, qui s'opposaient dans la tumeur à la libre circulation du sang, je trouvai que les vaisseaux étaient, en maints endroits, fortement élargis et remplis d'une grande quantité de globules sanguins blancs. Ce phénomène, évidemment déterminé par la stase sanguine, était vraisemblablement accompagné de la migration des globules blancs. C'est par là sans doute que s'explique que l'on apercevait, le long des vaisseaux, une agglomération de cellules rondes. Ces cellules ne se transformaient nulle part en grumeaux de pus, par conséquent elles ne pouvaient que servir de nouvelle source à la formation des parties proprement dites de la tumeur.

CONCLUSIONS

Après avoir étudié en détail ce qui a trait à l'histoire anatomique et clinique des fibromyomes du vagin, en se basant sur les observations et les faits publiés antérieurement, voici les propositions qui découlent de cette étude :

1° Les fibromyomes du vagin ont habituellement une origine utérine ;

2° La constitution histologique des fibromyomes vaginaux est celle des fibromyomes de l'utérus ;

3° C'est généralement pendant la période d'activité génitale de la femme, de l'âge de la puberté à celui de la ménopause, et surtout entre 30 et 40 ans, que cette tumeur se développe ;

4° La tumeur est bénigne par elle-même, mais elle peut dégénérer, sous certaines influences, elle peut même, lorsqu'on n'intervient pas en temps nécessaire, s'infecter et aussi se gangréner, amenant ainsi de graves perturbations dans l'organisme. Elle peut subir parfois (très rare cependant), la dégérescence cancéreuse ;

5° La tumeur avec laquelle on les confondra le plus facilement est le kyste du vagin ; mais cette confusion ne sera guère regrettable, car tous deux réclament la même intervention ;

6° Lorsque l'on extirpe ces tumeurs, par n'importe quel procédé, le plus grand danger que l'on court, est de perforer la vessie ou le rectum qui peuvent adhérer intimement à la tumeur. Il faudra donc toujours, avant d'opérer, faire le cathétérisme de la vessie et pratiquer le toucher rectal. La meilleure opération est celle qui consiste à inciser sur la muqueuse jusqu'à la tumeur que l'on débarrasse et que l'on décortique des parties profondes. Si celle-ci est véritablement encapsulée, comme cela arrive le plus souvent, elle sera très vite et très facilement amenée au dehors.

BIBLIOGRAPHIE

Ansiaux. — *Clin. chir.*, Liége, 1816, p. 161.
Bacher. — *Budapesti Kir owos*, 1893, Feb.
Bard. — *Boston med. and surg. Journ.*, 1829, p. 30, 433.
Barnes. — *Obst. Trans.*, London, p. 14, 309.
Baudier. — *Journ. méd. chir. et pharm.*, 1847.
Beatty. — *Dubl. med. Journ.*, 1868, p. 249.
Beck. — *Tr. Indiana M. Soc.*, 1880, p. 100.
Beraud. — *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1864, p. 100.
Beigel. — *Die Krank. der. weibl. Gesel.*, 1875, p. 590.
Bisone. — *Soc. ital. di ost. e Gin.*, 1894.
Boivin (Mme). — *J. comp. du Dict. des Sc. méd.*, Paris, 1830, p. 62.
Boyer. — *Sem. chir.*, X.
Braun. — *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 51, p. 1557.
Brecsky. — *Die Krank. der Vagina*, 1886, p. 162.
Broers. — *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk.*, Utrecht, 1852, p. 214.
Brown. — *Brit. med. Journ.*, London, 1858, p. 825.
Brunnig. — *Tijdschr.*, Amsterdam, 1846, p. 530.
Buchanan. — *Glascow. med. Journ.*, 1860, p. 443.
Byrne. — *Dubl. quat. Journ.*, 1871, p. 504.
Brabury. — *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, 1885, p. 125.
Byford. — *Amer. Journ. obst.*, 1884, p. 1104.
Burns. — *Principles of midwifery*, p. 3.
Capdevilla. — *Cron. de l'hosp.*, Madrid, 1854, p. 19.

CASTELAIN. — *Bull. méd. du Nord,* 1861, p. 156.
CASWELL. — *Boston med. Journ.*, p. 151.
COLLARDOT. — Thèse Paris, 1881.
CONDAMIN. — *Arch. prov. de chir.*, III, p. 569.
CHADWICK. — *Philad. med. Times,* 1875.
CLEVELAND. — *New-York Journ. Gyn.,* 1893, p. 154.
CROSS. — *Centr. f. Gyn.*, 1878, p. 511.
CURLING. — *Trans. of Path. Soc.*, I, p. 301.
CORNELGE. — *Boerhave Tijdschr.*, Amsterdam, 1845, p. 72.
DAHLMANN. — *Arch. f. Gyn.*, XV, p. 127.
DEMARQUAY. — *La Lancette française*, 1860, p. 330.
DENYS. — Thèse Leyden, 1733.
DONALD. — *Med. chron.,* Manchester, 1888, p. 9, 305.
DUNEAU. — *Med. Times and Gaz.*, 1860, p. 85.
DUPUYTREN. — *La Lancette française*, Paris, 1837, p. 179.
DUBAR. — Statistique de l'hôpital de la Charité.
ELISCHER. — *Owosi Hetilap*, 1892, n° 12.
EMMERT. — *Journ. of Am. med. Assoc.,* 1897, p. 1141.
ERICHSEN. — *Lancet,* London, 1859, p. 290.
ESPEZEL. — *Bull. gén. de thérap.,* Paris, 1838, p. 299.
FALCON. — *Med. Circ.*, London, 1860, p. 88.
FISCHER. — *Zeit. f. Wundarzte*, 1878.
FLEMING. — *Dubl. Hosp. Gaz.*, 1854, p. 5, 359.
FRAENKEL. — *Breslauerärztl. Zeit.*, 1887, p. 39.
GODFREY. — *Col. med. Journ.*, 1896, p. 284.
GENSOUL. — *C. R. Soc. med. Lyon*, 1831.
GOSSMANN. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, p. 460.
GRECO. — *Scolo med. Nap.*, 1883, p. 349.
GREEN. — *Bost. med. and. surg.*, 1892, p. 594.
GREENE. — *Brit. med. Journ.*, 1870, p. 489 ; *Bost. med. Journ.*, 1892, p. 594.
GREMLER. — *Med. Zeit.*, Berlin, 1843, n° 33.
GRIFFITH. — *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 877.
GROUSDEFT. — *Vratch*, 1900, p. 263.
GRUNDMANN. — *Inaug. Diss.*, Leipzig, 1901, p. 109.

GENER. — *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 392.
GRUNESS. — *Dubl. Journ.*, 1868, p. 239.
GUNTHER. — *Zeit. f. med. chir. u. Geb.*, Leipzig, 1860, p. 13.
GUERSANT. — *Monit. des Hôp.*, Paris, 1854, p. 187.
HASENBALG. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, XXIII, p. 52.
HASTENPLUG. — Thèse léna, 1888.
HŒNIG. — *Berl. Klin. Woch.*, 1869, p. 55.
HERMAN. — *Obst. J. Gr. Brit.*, London, 1880, p. 157.
HEIL. — *Zeit. f. prakt. Aertz*, 1900, p. 285.
HOFMOKL. — *Wien. med. Presse*, 1891, p. 1229.
HUNTER. — *Amer. Journ. of obst.*, 1878, p. 764.
HUME. — *Lancet*, London, 1895, t. II, p. 988.
HILDEBRAND. — *Die neue gyn. univ. Klin.*, Kœnigsberg, 1876, p. 99.
ISNARD. — *Union médicale Paris*, 1866, p. 278-284.
JACKSON. — *Chicago med. Journ.*, 1872, p. 283.
JACOBS. — *Klin. Woch.*, 1869, p. 258.
KASCHEWAROWA. — *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1872, p. 65.
KLENWACHTER. — *Zeit. f. Heil. Prager*, III, p. 357.
LEBERT. — Traité Anat. Path., 1857-1861, pl. 155, fig. 3.
LEWERS. — *Trans. obst. Soc. London*, 1887, p. 8, 299.
LISFRANC. — On tumors of the uterus, London, 1847.
MEINERT. — *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 31.
MACAN. — *Dubl. Journ. med. Sc.*, 1881, p. 156.
MAC CLINTOCK. — *The Dublin quat. Journ.*, 1862, p. 209.
MARTIN. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, III, p. 406.
MAURY. — *Memphis Lancet*, 1898, p. 13.
MEADOWS. — *Trans. obst. Soc.*, London, 1869, X, p. 141.
MEATE. — *Med. Times and Gaz.*, London, 1873, p. 676.
MOORE. — *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, 1885, p. 125.
MOLE. — *Gaz. int. di med. prat.*, Napoli, 1900, p. 19.
NETZEL. — *Hygeia*, 1892, p. 164.
NEUGEBAUER. — *Prager Viertel.*, 1877, p. 59.
OLENIN. — *Jahr. u. Geb. u. Gyn.*, 1891, p. 788.
OLLIVIER. — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1862, p. 378.

OLIVER. — *Edimb. med. Journ* , 1897, p. 634.
PAGET. — Observations on diseases of femeales, II, p. 115.
PAQUET. — *Bull. méd. du Nord,* 1882, p. 65.
PARKER. — *Virg. med. Mouth.,* 1886, p. 793.
PATERSON. — *Med. Comment.*, London, 1795, p. 298.
PAULI. — *Med. Ann. Heidelberg,* 1838, p. 148.
PORRO. — *Ann. de Gyn.*, 1876, p. 72.
POTTER. — *Trans. Path. Soc.,* London, 1884.
PROWSE. — *Lancet*, London, 1841, p. 895.
POTEL. — *Revue de Gynécologie,* 1903.
PELLETAN. — *Clinique chirurgicale*, Paris, 1810, p. 224.
PILLORE. — *Gaz. des Hôp.*, 1854, p. 137.
RAMPOLD. — *Med. Cor. Bl. d. Wurttemberg,* 1835, p. 61.
RISSMANN. — *Centr. f. Gyn.,* 1892, p. 452.
ROCHEFT. — *Wien. med. Presse,* 1882, p. 178.
ROCHEBLAVE. — Thèse Montpellier, 1884.
SCANZONI. — *Lehr. der krank. der weibl.,* 1875, p. 100.
SCHRAMM. — *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 288.
SCHRŒDER. — *Handb. der weibl. Ges.,* 1881, p. 480.
SIMON. — *Med. Acad. chir.*, Paris, 1743, p. 336.
SIMPSON. — *Edimb. obst. trans.,* 1878, p. 121.
STRASSMANN. — *Centr. f. Gyn.,* 1891, p. 826.
STUMPF. — *Münch. med. Woch.*, 1890, p. 694.
SMITH. — *Amer. Journ. of obst.*, 1902, p. 145.
STEVENS. — *Obst. Gaz.,* Cincinnati, 1887, p. 617.
TÉDENAT. — In thèse Rocheblave.
TCHUNICHIN. — *Journ. russe d'obst. et gyn.,* LI, p. 7 et .
TRATZL. — *Allg. Wien. med. Ztg.,* 1863, n° 30.
TILLAUX. — *Ann. de Gyn.*, 1889, p. 161.
VAN DŒVEREN. — Specimen observationum, Groningal, 1765, p. 139.
VAN PATRUBAN. — *Wien. med. Presse*, 1865, p. 510.
VANHASSEL. — *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, Bruxelles, 1900, p. 234.
VERCHÈRE. — *Médecine moderne*, Paris, 1900, p. 337.

VEIT. — *Hand. f. Gyn.*
VIRCHOW. — *Krankhafte Geschwulste*, III, p. 221.
VERNITZ. — *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 632.
WARREN. — *Surg. obst.*, Boston, 1867, p. 273.
WILLIAMS. — *Bost. med. and surg. Journ.*, 1897.
WILSON. — *Med. Times and Gaz.*, 1876, p. 360.
WEST. — *Lehrbuch der Frauenkrank.*, 1863, p. 747.
WIGLESWORTH. — *Arch. of dermat.*, 1875.
WEIR. — *Brit. med. Journ.*, 1900, II, p. 222.
WERNITZ. — *Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 632.

IMP. H. MOREL, LILLE